一般社団法人高知県保健医療介護福祉推進協議会

高知あんしんネット同意書

私は、高知あんしんネットに関する説明および説明文書の交付を受け、その目的および利用方法などを理解しましたので、
私の医療・介護情報が高知あんしんネットに参加する施設間で共同活用されることに同意いたします。

＊ 印必須

記入日（西暦）	2 0 年 月 日

	姓	名		姓	名
フリガナ ＊			フリガナ		
申込者氏名 ＊			代理人氏名		
生年月日 ＊	□令和 □平成 □昭和 □大正 年 月 日		代理人続柄	□家族 □後見人 □介護職員等	
住所 ＊	〒 ―		性別 ＊	□男 □女 保険証記載の性別にレ点を入れてください。	
	都道府県	市区郡町村			
	丁番地				
電話番号 ＊	― ―			左詰めで記入をお願いします。	
緊急連絡先	― ―				

個人情報の利用目的について個人情報取扱規約をご確認の上、以下の□内にレ点を入れてください。

参加登録施設との共有、及び将来連携する高知あんしんネットと同種の「地域医療介護ネットワークシステム」への提供、また連携先のEHRに参加住民の情報がある場合は、該当情報を高知あんしんネットで情報を参照する（規約第9条(1)～(3)を確認してください。）＊	□ **同意します。＊** 必須
上記参加施設に対する包括的な同意であることを確認しました。（規約第11条を確認してください。）＊	□ **同意します。＊** 必須
容易に個人を識別できないよう加工し、医療政策をはじめとした行政政策の検討とそれらに関する研究への活用（規約第9条(4)、同第14条2を確認してください。）	□ **同意します。**

参加施設で以下の項目を確認・記載することに同意する。	□
公費	生活保護受給の方は右記□にレ点を入れてください。 □

＊健康保険等	被保険者 記号＊		被保険者番号 枝番
	被保険者 番号＊		※保険証のコピーを提出いただく場合は、記載事項の記入を省略できます。
	保険者 記号＊		
介護保険	被保険者 番号		
	保険者 番号		

受付施設名									
参加施設使用欄									□ FAX送信済
事務局使用欄				□ 二次利用フラグ登録					□ 原本確認済
受付日	／ ／	1		2		3		4	