患者同意書患

同意書(ひな型)

**＜別紙様式２＞**

**在宅医療・介護連携に関する個人情報の取得・利用　同意説明書**

円滑な在宅での療養（医療・介護）を実現するためには、家族、医療従事者、介護従事者、その他の関係者が適切に連携していく必要があります。そのため適切な連携を行うにあたって下記の事項をご了承、ご同意いただきますようお願い申し上げます。

記

 円滑な自宅での療養生活を継続していただくことを目的に、在宅療養（医療、介護）をサポートする他の病院、診

療所、薬局、訪問看護ステーション、介護事業者等の医療・介護関係職種と連携し、ICTツール（医療介護専用のコ

ミュニケーションシステム「メディカルケアステーション」（MCS）\*）を用いて下記の情報を相互に共有させていただき

ます。

* 医師が患者の診療を行った際の診療情報
* 医療・介護関係職種が記録した患者の医療・ケアに関わる情報
* 医療・介護関係職種が患者の人生の最終段階における医療・ケア及び病状の急変時の治療方針等についての希望を患者・家族から取得した情報

\*メディカルケアステーション（MCS）は、エンブレース株式会社が提供する医療介護専用のコミュニケーションシス

テムで、以下のような特長があります。

* 医療介護従事者の連携を円滑に図るために、医療介護専用に開発されたシステムです。
* 医療情報等を安全に取り扱うためのセキュリティ、アクセス制御、管理体系が整った非公開型のシステムです。
* 災害時等でも医療介護従事者間での連携が取りやすいように配慮されたシステムです。

私は、在宅医療・介護連携に関する個人情報の取得と利用について、その趣旨・内容について理解し、同意します。

以上の同意を証するため、以下の欄に記入し、署名をします。なお、この同意書の写しを受け取りました。

（西暦） 年 月 日

＜本人＞

|  |  |
| --- | --- |
| 氏 名 | ㊞ |
| 住 所 |  |

＜家族＞

|  |  |
| --- | --- |
| 氏 名 | ㊞ |
| 住 所 |  |