

(別紙1)

「土浦市電子@連絡帳」登録同意兼申込書

当機関（施設）は、在宅療養及び介護をされている方の情報を共有することで、より質の高い療養及び介護生活をしていただくことを目的に、「土浦市電子@連絡帳」に参加しています。

以下の主旨を良くご理解いただいた上で、以下の事項についてご同意ください。

1 ネットワークの範囲

あなたの個人情報、あなたの在宅医療に関係する、土浦市医師会が実施する在宅医療グループ化（医療提供施設等グループ化推進事業）参加医療機関の関係者及びその連携する医療・介護関係者に共有されます。

（本事業が、土浦市の事業に移行した場合は、あなたの情報と支援チームメンバーはそのまま土浦市に引き継がれます。）

2 個人情報の安全確保

このネットワークでは、あなたの個人情報を守るために、次のような対策を講じています。

- (1) 医療機関、介護事業所等の参加機関において、あなたの同意をいただいた上でネットワークによる情報共有を開始します。
- (2) このネットワークは、国が定める医療情報システムの安全管理に関するガイドラインに基づいて、外部からの不正な侵入に対して厳格に情報を保護しています。

3 参加をやめたいときは

参加を取りやめたくなった場合には、いつでも中止することができます。なお、申出により参加を取りやめた場合又は転居若しくは死亡に伴い参加を取りやめた場合は、あなたの情報は削除されますが、サービス向上を目指すために、匿名（個人を特定できない状態）化した上で、統計データとして使用させていただきますことがあります。

4 その他

このネットワークへの参加は、あなたの自由な意思によります。このネットワークについて連携推進センター等から説明を受け、目的、意義、安全性確保等に納得された方のみ参加いただいております。もし、参加されなかった場合や途中で取りやめた場合でも、今後の診療、介護サービス等に何ら不利益を被ることはありません。

■ 参加同意欄

私は、「土浦市電子@連絡帳」の主旨や内容を理解した上で参加に同意し、登録を申込みいたします。

令和 年 月 日

本人ご署名：

※ご本人が、同意困難な場合は下記をご記入ください。

(ご本人名)：

(ご家族など署名)：

(続柄)：

----- 以下は、同意取得者記入欄（関係機関使用欄）です。 -----

■ 同意取得者の所属・氏名記載欄

所属	職氏名

※支援対象者は同意書の写しを保管し、同意取得者は同意書の原本を事業所で保管するとともにその写しを土浦市役所 高齢福祉課へ1部提出してください（FAX可）。

* お問い合わせ先 * （同意書写し提出先）

〒300-8686 茨城県土浦市大和町9番1号
土浦市役所 保健福祉部 高齢福祉課 地域支援係
電話：029-826-1111（内線2501）
FAX：029-825-5066