

要介護者等情報共有システム（みまもるくん）登録同意書

私は、みまもるくんに関して、その目的、利用方法及び下記の条件を理解しましたので、みまもる君に登録し、私の情報が以下の関係団体等において相互に共有され、私の受ける診療及びサービスに利用されることに同意します。

(条件)

- 1 このサービスが取扱う情報
- ① 基本的な情報(氏名、住所、生年月日、性別、電話番号、血液型、身長、体重、家族の氏名・年齢・連絡先・職業・収入、家庭内情報等)
 - ② 医療情報(既往症、病歴、病状、主治医、かかりつけ医療機関、服薬情報、口腔アセスメント等)
 - ③ 介護情報(生活情報、要介護度、寝たきり度、認知症度、歩行の可否、HDS-Rの結果、緊急連絡先等)
 - ④ 福祉情報(かかりつけ福祉機関、担当ケアマネジャー、ケア会議の内容、訪問記録等)
 - ⑤ 災害情報(避難の可否、避難先、避難方法、災害時アセスメント、避難所情報、避難時の健康情報等)
- 2 このサービスにおいて取得した登録者の情報については、関係団体等以外では使用しないものであること。
- 3 前記2にかかわらず、救急搬送など緊急時に診療上必要となった場合は、登録者の診療を行う医師又は歯科医師並びに救急隊員の判断により、当該医師又は歯科医師、看護師、救急隊員、その他医師又は歯科医師並びに救急隊員が必要と認める者が利用できるものであること。
- 4 ネットワーク上の登録情報に基づき、個人を特定しない統計情報として活用できるものであること。
- 5 登録者本人から情報の共有について中止の届出があった場合は、速やかに利用が停止されること。なお、中止の届出がない場合は、継続して以下の関係団体等で相互に情報共有されること。
- 6 このサービスにおいて取得した登録者の情報については、那賀町個別避難計画に情報提供できるものであること。
- ※ この申込みを撤回したい場合は、撤回届の提出をお願いします。

【登録者様記載欄】

申込年月日	令和 年 月 日		
登録者氏名 (自署)	フリガナ		性 別 男 ・ 女
生年月日等	明治・大正 昭和・平成	年 月 日 (満 歳)	電話番号 (-)
住 所	(〒 -)		
本人以外の場合	氏名 (自署) 続柄等 (法定代理人・)		
	連絡先 ()		
	法定代理人以外の代書理由：本人は () のため自署できないので代書した。		

【説明を行った関係団体等記載欄】

関係団体名等	
説 明 者	職 氏名
電話番号	

【関係団体等】

別紙のとおり

関係団体一覧

上那賀病院

日野谷診療所

木沢診療所

木頭診療所

北川診療所

わだ内科

山本医院

中原歯科医院

村田歯科医院

相生居宅介護支援事業所

地域包括支援センター

保健センター

那賀町役場各支所福祉担当

那賀町消防署

那賀町消防署上流出張所

那賀町社会福祉協議会

コノブ調剤薬局

ファルコ薬局日野谷店

県看護協会訪問介護ステーション

グループホームあめごの里

緑風会チロル

水の花荘

ケアホーム鷺敷

ふるさと那賀

鷺敷デイサービスセンター

わんずはんど居宅介護支援事業所

那賀町に光を照らす株式会社

居宅介護支援事業所こだま

那賀町に陽はまた昇る株式会社

那賀町の希望を創る診療所

要介護者等情報共有システム（みまもるくん） 同意撤回届

私は、みまもるくんに登録し、私の情報が以下の関係団体等において相互に共有され、私の受ける診療及びサービスに利用されることに同意していましたが、この度利用同意を撤回します。

【登録者様記載欄】

届出年月日	令和 年 月 日						
登録者氏名 （自署）	フリガナ				性 別	男 ・ 女	
生年月日等	明治・大正 昭和・平成	年 月 日（満 歳）			電話番号	（ ） -	
住 所	（〒 - ）						
本人以外の 場 合	氏名（自署）			続柄等（法定代理人・ ）			
				連絡先（ ）			
法定代理人以外の代書理由：本人は（ ）のため署名できないので代書した。							

【受理した関係団体等記載欄】

関係団体名等	
説 明 者	職 氏名
電話番号	

※ 利用者から撤回届を受理した施設等は、利用者本人等にコピーを渡したうえ原本を日野谷診療所に送付してください。

【関係団体等】

別紙のとおり