シズケア＊かけはし**（救急かけはし）**同意書

私（対象者本人）は、シズケア＊かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム）の目的と安全性等を理解しました。シズケア＊かけはし（救急かけはし） において、私の個人情報等を関係者間で共有し、医療・介護・福祉サービスの提供や救急搬送時等に活用いただくことを同意します。

＜対象者または代理人記入欄＞　＊は必ずご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ＊記入日 | 令和　　 年　　　月　　　日 | ＊性別 | 男　・　女 |
| ＊対象者氏名 | （ふりがな） | | |
| ※自署でない場合は押印してください。 | | |
| ＊対象者住所 | 〒（　　　　－　　　　　）  　富士宮市 | | |
| ＊対象者生年月日 | 大正・昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| ＊対象者電話番号 | 固定電話：０５４４　―　　　　　　―  携帯電話：　　　　　―　　　　　　― | | |
| 代理人氏名 | ※自署でない場合は押印してください。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　） | | |
| ＊緊急連絡先  緊急時に連絡がつく  電話番号を  記入してください。 | ①氏名　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　）  　住所　　　　　　　　　　　　　　1⃣電話番号  　　　　　　　　　　　　　　　　　2⃣電話番号 | | |
| ②氏名　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　）  　住所　　　　　　　　　　　　　　1⃣電話番号  　　　　　　　　　　　　　　　　　2⃣電話番号 | | |
| ＊かかりつけ  　医療機関 | 病院名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）担当医（　　　　　　） | | |
| 担当ケアマネジャー | 事業所名（　　　　　　　　　　　　　）担当者名（　　　　　　　　　　） | | |

裏面に、現在治療している病気や、薬のアレルギーなどを記載できる欄があります。**→裏面へ**

記入できる範囲で、ご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 現在治療中の病気 | 病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  医療機関（　　　　　　　　　　　　　　）　主治医名（　　　　　　　　） |
| 病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  医療機関（　　　　　　　　　　　　　　）　主治医名（　　　　　　　　） |
| 病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  医療機関（　　　　　　　　　　　　　　）　主治医名（　　　　　　　　） |
| 今までかかった病気 | 病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  医療機関（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  医療機関（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  医療機関（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 今まで受けた手術 | 時期（昭和、平成、令和　　年　　月、または　　　才　）  病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  医療機関（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 時期（昭和、平成、令和　　年　　月、または　　　才　）  病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  医療機関（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| アレルギーの有無 | 無 ・ 有  薬（　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　）  食物（　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　）  その他（　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

＜受領日・受領者　記入欄＞

|  |  |
| --- | --- |
| 受領日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 受領者 | （医療機関・薬局・介護事業所・地域包括支援センター・高齢介護支援課窓口・その他） |

＜高齢介護支援課　地域包括ケア推進係　記入欄＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 令和　　年　　月　　日 | 受付者 |  |
| システム入力日 | 令和　　年　　月　　日 | システム入力者 |  |
| 令和　　年　　月　　日 |  |