

シズケア＊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： 0 5 4 4 — — 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	①氏名 （続柄 ） 住所 ①電話番号 ②電話番号		
<u>緊急時に連絡がつく 電話番号を 記入してください。</u>	②氏名 （続柄 ） 住所 ①電話番号 ②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・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		