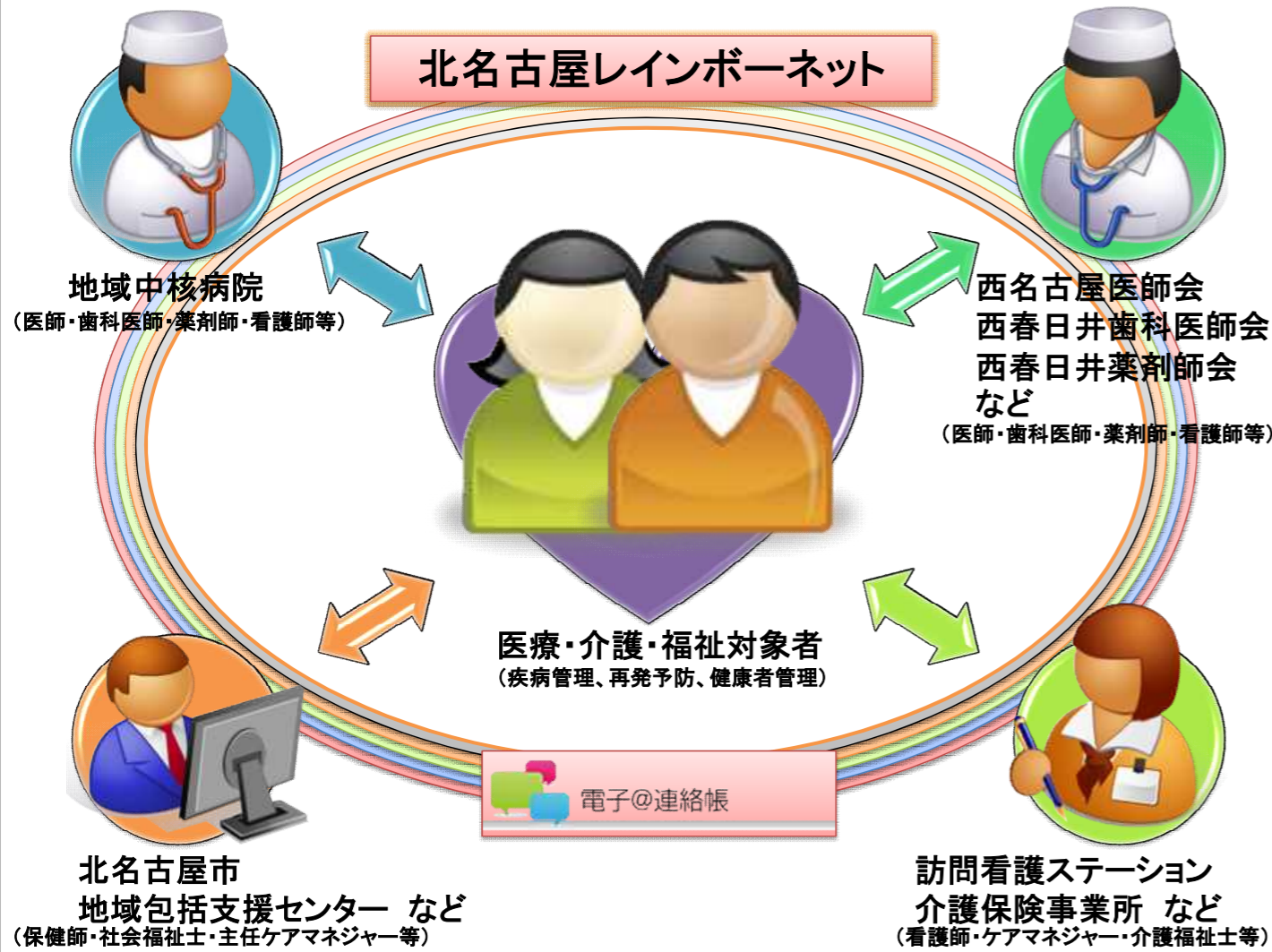




北名古屋レインボーネット

北名古屋市民の皆様が住み慣れたまちでいつまでも自分らしい生活を続けていくことができるように病院、診療所、歯科医院、薬局、訪問看護ステーション、介護保険事業所、地域包括支援センター、行政等が電子@連絡帳システム（多職種情報共有システム）を活用して連携し、皆様を医療・介護・福祉の面から支援する体制の構築を目指しています。



説明者： _____ の説明を理解し、『北名古屋レインボーネット』
 を 利用した支援を受ける事に同意します。
 ※同意が得られた場合、☑を記入

_____ 年 月 日 同意署名： _____
 ※ご本人が未成年又は、本人の意思が確認できない場合 代理人： _____ (続柄： _____)

「北名古屋レインボーネット」 参加説明書・同意書

北名古屋市は、在宅療養をされている方の情報を共有することで、より質の高い療養生活をしていただくことを目的に、電子@連絡帳システム（北名古屋レインボーネット）を始めました。

北名古屋レインボーネットにて、あなたが住み慣れたまちで、いつまでも自分らしい生活を続けていくことができるよう支援します。

個人情報取扱同意書

1. 運用目的

あなたを医療・介護・福祉の面から支援するため、あなたの情報を「北名古屋レインボーネット」に登録し、支援チーム（担当者及び機関）で情報を共有することで、あなたの支援に活用いたします。

また、サービスの向上を目指すために、匿名化した上で統計・検証を目的としてあなたの情報を使用することがあります。

2. 情報を共有する機関

あなたの支援チームを構成する担当者及び機関は、北名古屋レインボーネット登録機関（北名古屋市、西名古屋医師会、西春日井歯科医師会、西春日井薬剤師会に所属する機関、介護保険事業所、地域包括支援センター等）の中から決められ、情報共有する対象機関となります。

3. 個人情報の管理

このネットワークは、厚生労働省が定める「医療機関情報システムの安全に関するガイドライン」に基づく運用で、ネットワーク上の個人情報を保護しています。

また、情報共有の停止を希望される場合は、問い合わせ先にご連絡ください。

【お問い合わせ先】

北名古屋市役所 福祉部 高齢福祉課 地域包括支援センター 電話0568-22-1111

切り取り

年 月 日

「北名古屋レインボーネット」について説明を受け、
これに同意します。

説明者： _____

同意署名： _____

※ご本人が未成年又は、
本人の意思が確認できない場合

代理人： _____ 続柄： _____

ご本人名： _____

「北名古屋レインボーネット」 参加説明書・同意書

北名古屋市は、在宅療養をされている方の情報を共有することで、より質の高い療養生活をしていただくことを目的に、電子@連絡帳システム（北名古屋レインボーネット）を始めました。

北名古屋レインボーネットにて、あなたが住み慣れたまちで、いつまでも自分らしい生活を続けていくことができるよう支援します。

個人情報取扱同意書

1. 運用目的

あなたを医療・介護・福祉の面から支援するため、あなたの情報を「北名古屋レインボーネット」に登録し、支援チーム（担当者及び機関）で情報を共有することで、あなたの支援に活用いたします。

また、サービスの向上を目指すために、匿名化した上で統計・検証を目的としてあなたの情報を使用することがあります。

2. 情報を共有する機関

あなたの支援チームを構成する担当者及び機関は、北名古屋レインボーネット登録機関（北名古屋市、西名古屋医師会、西春日井歯科医師会、西春日井薬剤師会、に所属する機関、介護保険事業所、地域包括支援センター等）の中から決められ、情報共有する対象機関となります。

3. 個人情報の管理

このネットワークは、厚生労働省が定める「医療機関情報システムの安全に関するガイドライン」に基づく運用で、ネットワーク上の個人情報を保護しています。

また、情報共有の停止を希望される場合は、問い合わせ先にご連絡ください。

【お問い合わせ先】

北名古屋市役所 福祉部 高齢福祉課 地域包括支援センター
電話0568-22-1111