

十勝医療介護情報共有ネットワーク（とかち月あかりネットワーク）  
利用申込および個人情報取り扱い同意書

**【システムの利用に関する事項】**

本システムはネットワークを用いて患者情報を関係者で共有し、迅速かつ正確な処置を行う為のもので  
す。情報共有を行う対象としては、医師、看護師、薬剤師、ケアマネージャーやヘルパーなど様々な専門  
職になり、ネットワークを通じリアルタイムに情報共有し、よりよい在宅ケアを提供することによって得  
られた患者情報を前述の目的以外で使用することはありません。

**【個人情報に関する事項】**

本ネットワーク内の個人情報は、関連する医療機関や介護事業所等の間で質の高い医療及び介護の提供  
を目的として共有します。システムを利用することによって得られた患者情報を、前述の目的以外で使用  
することはありません。

私は、上記システムの利用と個人情報に関する事項の説明を受け、理解しましたので同意します。

本人（患者）記入欄			
同意年月日	令和 年 月 日		
本人氏名【自署】※	（ふりがな）		
	（氏名）		
住 所	〒		
電話番号			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生		
緊急時連絡先	（氏名）	続柄	
	（電話番号）	住居状況	同居・別居
代筆者【自署】	（氏名）	続柄	

※御本人が自署できない場合は代筆頂き、代筆者【自署】の欄に氏名を御記入ください。

---

システム同意取得事業所記入欄	
説明者	（事業所名）
	（氏名）