

三原市地域包括ケア連携推進協議会 連携システム利用承諾書

三原市地域包括ケア連携推進協議会 会長 様

私は、三原市地域包括ケア連携推進協議会のインターネットなどを用いた連携システム (TRITRUS) について説明を受け、以下の目的・利用範囲について理解しましたので、私の診療情報、介護情報等について必要最小限の範囲で活用されることを承諾します。

1 利用の目的

利用者が安心して在宅生活を継続するために、医療・福祉支援者が情報を共有することで、医療・福祉行為の提供を円滑に行い、その質的向上と充実を図ることを目的とする。

2 利用の範囲

関係医療機関、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、介護等サービス事業所、行政、福祉機関等。

患者・利用者様 記載欄				
承諾年月日	令和	年	月	日
フリカナ				
氏名(自署)				
生年月日				
代理人による記載	代理人氏名 (自署)		続柄	

※説明者

所属:

氏名:

※原本は、ICTシステム管理者にて保管をお願いします。写しを2部作成し、患者様と協議会事務局へご提出ください。

※TRITRUS管理者記入欄

部屋開設者(管理者)所属施設名	
-----------------	--