

## < ご本人様・ご家族様へ > 情報共有を開始するにあたって

- 同意書を提出していただきます。
- いつでも情報共有を停止できます。
- 停止を希望する場合は、かかりつけ医や担当ケアマネジャー、中野区へご連絡ください。

### 同意書記入例

ご本人が未成年、またはご本人の意思確認ができない場合は、同意署名欄のみ代理人様のお名前をご記入ください。

ご本人(在宅療養者様)の情報をご記入ください。

支援グループに加える場合は「登録」  
支援グループから外す場合は「廃止」  
にチェックをしてください。

\* 説明者は「同意者控」をお渡しし、保管いただくよう依頼し、「中野区地域包括ケア推進課控」は下記に持参、郵送等でご提出ください。

<提出先> 〒164-8501 中野区中野4-8-1  
中野区役所 中野区地域支えあい推進部  
地域包括ケア推進課 在宅療養推進係  
<問い合わせ> 電話 03-3228-5785

[地域包括ケア推進課控]

### 中野区医療介護情報連携システム個人情報取扱同意書

私は、中野区医療介護情報連携システム「なかのメディ・ケアネット」について説明を受け、私の医療・介護等に関する情報について、中野区を含む支援グループ構成メンバーで共有する事に同意します。

\*ご本人が未成年、または本人の意志の確認ができない場合は、代理人が署名し続柄をご記入ください。

同意年月日	令和 ×年 ×月 ×日
説明者	山田 つつじ (施設名 つつじクリニック)
同意署名	中野 一郎 (続柄 夫)

フリガナ	ナカノ ハルコ	生年	明治・大正	×年 ×月 ×日
療養者氏名	中野 はる子	月日	昭和 平成	×年 ×月 ×日
住所	(〒××××-××××) 中野区 ○○町 ×-××-×			
連絡先	(自宅) 03-××××-×××× (携帯電話) 0×0-××××-××××			

#### < 支援グループ構成メンバー >

事業者名 (正式名称)	所在地	主な職種	連絡先	内容
中野区地域包括ケア推進課	中野4-8-1		03-3228-5785	<input checked="" type="checkbox"/> 登録 <input type="checkbox"/> 廃止
つつじクリニック	○○×-×-×	医師	03-××××-×××	<input checked="" type="checkbox"/> 登録 <input type="checkbox"/> 廃止
ぼたん居宅介護 支援事務所	△△○-×-○	ケアマネジャー	03-△△△△-△△△△	<input checked="" type="checkbox"/> 登録 <input type="checkbox"/> 廃止
				<input type="checkbox"/> 登録 <input type="checkbox"/> 廃止
				<input type="checkbox"/> 登録 <input type="checkbox"/> 廃止
				<input type="checkbox"/> 登録 <input type="checkbox"/> 廃止
				<input type="checkbox"/> 登録 <input type="checkbox"/> 廃止
				<input type="checkbox"/> 登録 <input type="checkbox"/> 廃止

### セキュリティ・個人情報の取り扱いについて

このネットワークは、厚生労働省が定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に基づくセキュリティ対策の講じられたネットワーク上で情報を保管・管理します。また、業務上知り得た個人の情報は、同意なく第三者に漏らすことのないよう、各職種の守秘義務に基づいて取り扱われます。

中野区 医療介護情報連携システム

なかのメディ・ケアネット

中野区 地域支えあい推進部 地域包括ケア推進課 在宅療養推進係  
電話 03-3228-5785 ファクス 03-3228-8716  
<https://ptl.ijj-renrakucho.jp/nakanoku/>