

## 情報共有システム情報共有同意書

桜川市長 様

私は、桜川市の運営する情報共有システムに関する説明を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、私の医療・介護に関する情報が、連携する医療機関・介護事業所との間で共有されることに同意します。

また、システムに登録された情報が、システム管理者である桜川市との間で共有されることに併せて同意します。

年 月 日

同意者 患者(利用者)署名： \_\_\_\_\_  
(代理人記載の場合)  
代理人署名： \_\_\_\_\_  
患者(利用者)から見た代理人の続柄： \_\_\_\_\_

説明者 機関名： \_\_\_\_\_  
氏名： \_\_\_\_\_

患者(利用者)様の情報を共有する機関

No	機関名	No	機関名
1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
5		10	