

地域連携手帳

- *医療や介護のサービスを利用するときは、主治医や担当者にこの手帳を提示してください。
- *ご家庭での様子などについては、生活経過記録又は経過記録のご本人・ご家族記入欄をご使用下さい。
- *サービス利用時、お薬手帳や服用する薬がある時は、綴じ込みのビニール袋の中に入れてください。
- *サービス利用後は、関係機関記入欄をご確認ください。

〈発行者〉

新潟市医師会第17班
新津地域医療福祉連携運営委員会
〒956-0025
新潟市秋葉区古田610番地
電話(0250)24-5311

個人情報に関する同意書

この手帳は、在宅で医療・介護等サービスを利用される皆さんとその家族が、安心して生活を続けられることを目的にご利用いただくものです。

皆さんやご家族と医療・介護等サービス提供者との必要な連絡や、各サービス提供者間で皆さんの情報を共有のために使用させていただきます。

皆さんの個人情報をこれ以外の目的に使用することはありません。

私は、上記を理解し手帳の運用に同意します。

年 月 日

氏 名 印

代理人氏名 印