

基本ページ

<「みやっこケアノート」使用同意書>

私 _____ は、望む暮らしのサポートを得るために、以下に同意します。

私は、

1. かかわる各関係機関や各支援者と一緒に、この「みやっこケアノートを使用」します。
2. ノートの情報は、かかわる各関係機関・支援者も一緒に「個人情報として使用」します。
 - ①災害、緊急入院・入所などの緊急時
 - ②自宅・外出先で医療・介護・障害・保健・福祉などのサービス・制度利用時
3. ノートの保管・紛失などの「管理上の責任」をおいします。

<みやっこケアノート 保管場所>

自宅では「 _____ 」です。
施設では「 _____ 」です。
入院では「 _____ 」です。

<みやっこケアノート 自宅外での使用上の注意>

* みんなで共通理解しておくこと

<同意者> _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご本人 氏名 _____ 様 電話番号 _____

ご家族 氏名 _____ 様 (続柄 _____)
電話番号 _____

成年後見制度 _____ (種類 _____)
電話番号 _____

<説明者>

氏名 _____ 様 所属名 _____
電話番号 _____

<かかわる各関係機関・支援者のみなさんへ>

ご本人・家族の望む暮らしをサポートするために連携・協働し、
ご本人・家族と一緒に「みやっこケアノート」を使用しましょう。

<使用上の留意点>

①ノート作成時の同意について

ノートの使用目的・方法、同意内容を説明し、了解を得た上で署名を頂いてください。

②個人情報の取り扱いについて

◎ノートには重大な個人情報が記載されていますので、取り扱いには十分注意してください。
万一、紛失した場合には、医療計画課に速やかに報告してください。

③保管場所・使用先(誰がどこに持参するか)について

*それぞれの状況や背景に応じて設定。当事者・関係者間で話し合い共通理解をしてください。
*変更時は、「いつ・誰が・どこへ」を訪問日誌に記入してください。

④記入について

◎誰にでも分かる・伝わる表現、ご本人・家族へ尊厳のある記入をしてください。
◎記入する情報は、共有しても良い情報が適宜当事者・関係者間で確認してください。

<支援機関>

◎かかりつけ・往診 医療機関、薬局

医療機関名	医師名	住所	電話番号

◎専門医療機関

◎ケアマネジャー、障害者相談支援窓口

事業所	担当氏名	住所	電話番号

◎地域包括支援センター、総合福祉センターなど

--	--	--	--

◎介護・医療・障害等サービス事業所

◎訪問看護

事業所名	住所	電話番号
24時間体制 有・無		

◎その他 支援者・関係機関など

--	--	--	--