

シズケア*かけはし (救急かけはし) 同意書

私 (対象者本人) は、シズケア*かけはし (静岡県地域包括ケア情報システム) の目的と安全性等を理解しました。シズケア*かけはし (救急かけはし) において、私の個人情報等を関係者間で共有し、医療・介護・福祉サービスの提供や救急搬送時等に活用いただくことを同意します。

<対象者または代理人記入欄> *は必ずご記入ください。

* 記入日	令和 年 月 日	* 性別	男 ・ 女
* 対象者氏名	(ふりがな) ----- ※自署でない場合は押印してください。		
* 対象者住所	〒 (-) 富士宮市		
* 対象者生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
* 対象者電話番号	固定電話：0 5 4 4 - - 携帯電話： - -		
代理人氏名	----- ※自署でない場合は押印してください。 (続柄)		
* 緊急連絡先	①氏名 (続柄) 住所 ☎電話番号 ②電話番号		
緊急時に連絡がつく 電話番号を 記入してください。	----- ②氏名 (続柄) 住所 ☎電話番号 ②電話番号		
* かかりつけ 医療機関	病院名 () 担当医 ()		
担当ケアマネジャー	事業所名 () 担当者名 ()		

裏面に、現在治療している病気や、薬のアレルギーなどを記載できる欄があります。→裏面へ

