



様式 2

ICTシステムへの登録及びICTシステムによる情報共有に関する同意書

つくば市長 様

- 1 ICTシステムは、自宅での療養生活を支える医療等従事者（主治医，副主治医，ケアマネジャー，訪問看護師，訪問介護士等をいいます。以下同じ。）が高齢者の病状や状態の変化及び医療，介護，福祉支援の情報をICTにより共有することで，療養生活の向上や充実を図ることを目的としています。
- 2 在宅医療及び介護をサポートをする医療等従事者の連携により，自宅での療養生活を継続することを目的として，適切と認める通信手段を用いてICTシステムにより情報共有をいたします。
- 3 ICTシステムにより共有する情報は，前述した目的を達成するために必要となる最小限の情報とします。
- 4 ICTシステムによる情報共有は，前述した目的を達成するために必要な医療等従事者の間で行います。

私（私達）は，上記事項について説明を受け，ICTシステムへの登録及びICTシステムによる情報共有に同意します。

年 月 日

(本人) 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)

年 月 日

(家族又は代理人) 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)

本人との関係 \_\_\_\_\_

様式3

I C Tシステム利用変更申込書

年 月 日

つくば市長 様

申込者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

申込者所属名 \_\_\_\_\_

申込者連絡先 \_\_\_\_\_

I C Tシステム利用申込書に記載した医療等従事者に変更があったため、以下のとおり申込みいたします。

1 I C Tシステムに登録した高齢者

氏 名	
住 所	
連絡先	

2 高齢者の医療等従事者（変更前）

職 種	氏 名	所 属 名	メールアドレス	パスワード

3 高齢者の医療等従事者（変更後）

職 種	氏 名	所 属 名	メールアドレス	パスワード