

説明兼登録同意書

(在宅療養後方支援病院)

【在宅療養後方支援病院の目的】

在宅療養をされている患者様が緊急の診療や入院が必要になった場合の病院を予め決めておくことで、スムーズな対応を受けられることを目的としています。

【定期的な情報交換の実施】

定期的にかかりつけ医と医療法人相生会宮田病院が、3カ月に1回程度情報交換することで、突然の入院対応にも安心して対応できるようにします。

【個人情報利用にあたっての条件】

個人情報の提供は、前述した目的の範囲内で必要最小限にとどめ、情報提供の際は関係者以外には決して漏れることのないように細心の注意を払います。

在宅医療で管理する本人及びご家族の個人情報は、個人情報保護法に基づき適切に管理します。

【その他注意事項】

1人の患者様が、複数の在宅療養後方支援病院に登録することはできません。

在宅療養後方支援病院について、説明者から内容の説明を受けました。
在宅療養後方支援病院として医療法人相生会宮田病院に登録することに同意します。

年 月 日

患者様氏名： _____ 印

ご家族または代理人氏名： _____ 印

患者様との続柄： _____

※患者様ご本人の署名があれば押印およびご家族・代理人の署名は不要です。

※ご家族・代理人の方が記載される場合は、「患者様氏名」、「ご家族・代理人氏名」、「続柄」、「ご家族・代理人の押印」が必要となります。