

同意書

下記及び次ページの機関での必要な情報の提供、情報の交換等「よりそいノート」の運用に同意します。

記入年月日 _____ 年 月 日

ご本人 _____ 様

ご家族 _____ 様 続柄 (_____)

*ご本人の同意が難しい場合には、運用を開始した理由や現状について記載してください。

【医療機関】

| | |
|-------|-------|
| 医療機関名 | 医療機関名 |
| 電話番号 | 電話番号 |
| 主治医 | 主治医 |
| 医療機関名 | 医療機関名 |
| 電話番号 | 電話番号 |
| 主治医 | 主治医 |

【介護支援専門員（ケアマネジャー）】

| |
|------|
| 事業所名 |
| 電話番号 |
| 担当者 |
| 事業所名 |
| 電話番号 |
| 担当者 |

【地域包括支援センター】

| |
|------|
| 事業所名 |
| 電話番号 |
| 担当者 |
| 事業所名 |
| 電話番号 |
| 担当者 |

【その他の利用機関】

| | |
|---------------------|---------------------|
| 事業所名 電話番号 担当者 | 事業所名 電話番号 担当者 |
| 事業所名 電話番号 担当者 | 事業所名 電話番号 担当者 |
| 事業所名 電話番号 担当者 | 事業所名 電話番号 担当者 |
| 事業所名 電話番号 担当者 | 事業所名 電話番号 担当者 |
| 事業所名 電話番号 担当者 | 事業所名 電話番号 担当者 |

【民生委員】

| | |
|-------------|-------------|
| 電話番号 担当者 | 電話番号 担当者 |
|-------------|-------------|