

## 【在宅療養後方支援病院 説明・同意書】

### ●在宅療養後方支援病院の目的

在宅療養されている患者様やご家族が安心して療養生活を続けることができるように、入院が必要になった場合、病院をあらかじめ決めておき、緊急時のスムーズな入院を実現する制度です。

### ●定期的な情報交換の実施

稲沢市民病院とかかりつけ医が、3ヶ月に1回程度情報交換することで、突然の入院にも対応できるようにします。

### ●個人情報使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低限にとどめ、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。

### ●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。

## 稲沢市民病院長 殿

私は、上記の内容の説明を受け、稲沢市民病院を在宅療養後方支援病院に登録することに同意します。

令和            年            月            日

患者氏名\_\_\_\_\_

患者家族  
代表者氏名\_\_\_\_\_