

高次脳機能障がい支援連携ツール 同意書 (案)

説明日 年 月 日

所屬 _____

説明者 _____

支援連携ツールを用いて必要な支援を提供することについて、以下の内容について説明を受け、ご了解頂いた項目全ての□に✓点を入れてください。

- 貴殿に対する今後の支援が円滑に行われるために、支援連携ツールを作成します。作成された支援連携ツールを用いて、医療・福祉・行政が適切に情報を提供しあい適切な支援を目指します。
- プライバシーの厳守を条件として、各支援機関において、病名、医学的事項、評価、支援内容等を資料として使用する場合があります。
- 支援連携ツールは自己の責任において管理するものとします。紛失については一切の責任を負いかねます。
- 使用を見合わせたい場合や、同意し使用された後でも、自己の意思によりいつでも同意を撤回することができます。同意を撤回した場合でも今後の支援について不利益を受けることは一切ありません。

上記の内容について理解し、支援連携ツールを作成すること、プライバシーを厳守したうえで必要な情報が資料として使用されること、自己の責任において管理すること、撤回の自由について、同意します。

平成 年 月 日

当事者署名 _____

代理人(当事者との関係) _____ ()