

脳卒中発症・退院連絡同意書

《同意のお願い》

島根県では、脳卒中後の再発予防や寝たきり予防を目的として、脳卒中等情報システム事業を実施し、脳卒中患者の方の健康状況に関する情報を登録・分析し、脳卒中对策の基礎資料として活用しております。

この情報は医療機関から保健所に送付され、訪問指導の必要な方や希望される方に市町村保健師等が家庭を訪問し、皆様の療養生活に必要な助言や各種サービス等の情報提供を行うこととしております。

また、在宅での健康状況に関する情報を登録・分析し、療養生活に役立つサービスの提供に努めております。

なお、情報の使用にあたっては、個人が特定されないよう、プライバシーの保護に充分配慮し、脳卒中对策の基礎資料とする以外の目的には一切使用されることはありませんので、御理解いただきますようお願い致します。

説明者氏名 _____

私は、脳卒中等情報システムの「連絡制度」の趣旨を理解し、提供された患者情報をもとに、保健師等が病気療養のために私や家族などに必要な助言や相談支援などを行うことおよびその情報を脳卒中对策として活用されることに同意致します。

保 健 所 長
様
医 療 機 関 の 長

平成 年 月 日

患 者 住 所

患 者 氏 名

代 筆 者 住 所

代 筆 者 氏 名 続柄 ()

（自署できない場合は代筆者が記入し、代筆者住所、氏名及び本人との続柄を併記してください。但し、代筆者と本人が同居の場合は住所を省略することができます。）

脳卒中発症・退院連絡同意書

《同意のお願い》

島根県では、脳卒中後の再発予防や寝たきり予防を目的として、脳卒中等情報システム事業を実施し、脳卒中患者の方の健康状況に関する情報を登録・分析し、脳卒中对策の基礎資料として活用しております。

この情報は医療機関から保健所に送付され、訪問指導の必要な方や希望される方に市町村保健師等が家庭を訪問し、皆様の療養生活に必要な助言や各種サービス等の情報提供を行うこととしております。

また、在宅での健康状況に関する情報を登録・分析し、療養生活に役立つサービスの提供に努めております。

なお、情報の使用にあたっては、個人が特定されないよう、プライバシーの保護に充分配慮し、脳卒中对策の基礎資料とする以外の目的には一切使用されることはありませんので、御理解いただきますようお願い致します。

説明者氏名 _____

私は、脳卒中等情報システムの「連絡制度」の趣旨を理解し、提供された患者情報をもとに、保健師等が病気療養のために私や家族などに必要な助言や相談支援などを行うことおよびその情報を脳卒中对策として活用されることに同意致します。

保 健 所 長
様
医 療 機 関 の 長

平成 年 月 日

患 者 住 所

患 者 氏 名

代 筆 者 住 所

代 筆 者 氏 名 続柄 ()

(自署できない場合は代筆者が記入し、代筆者住所、氏名及び本人との続柄を併記してください。但し、代筆者と本人が同居の場合は住所を省略することができます。)

脳卒中発症・退院連絡同意書

《同意のお願い》

島根県では、脳卒中後の再発予防や寝たきり予防を目的として、脳卒中等情報システム事業を実施し、脳卒中患者の方の健康状況に関する情報を登録・分析し、脳卒中对策の基礎資料として活用しております。

この情報は医療機関から保健所に送付され、訪問指導の必要な方や希望される方に市町村保健師等が家庭を訪問し、皆様の療養生活に必要な助言や各種サービス等の情報提供を行うこととしております。

また、在宅での健康状況に関する情報を登録・分析し、療養生活に役立つサービスの提供に努めております。

なお、情報の使用にあたっては、個人が特定されないよう、プライバシーの保護に充分配慮し、脳卒中对策の基礎資料とする以外の目的には一切使用されることはありませんので、御理解いただきますようお願い致します。

説明者氏名 _____

私は、脳卒中等情報システムの「連絡制度」の趣旨を理解し、提供された患者情報をもとに、保健師等が病気療養のために私や家族などに必要な助言や相談支援などを行うことおよびその情報を脳卒中对策として活用されることに同意致します。

保 健 所 長
様
医 療 機 関 の 長

平成 年 月 日

患 者 住 所

患 者 氏 名

代 筆 者 住 所

代 筆 者 氏 名 続柄 ()

（自署できない場合は代筆者が記入し、代筆者住所、氏名及び本人との続柄を併記してください。但し、代筆者と本人が同居の場合は住所を省略することができます。）