

# 「やまと西和ネット」住民参加申込書

西和医療圏 地域医療介護連携推進協議会 事務局 行

私は、「やまと西和ネット」（以下「当ネット」という）住民参加規約兼個人情報取扱い規約の内容を承諾しましたので、西和医療圏 地域医療介護連携推進協議会事務局および当ネット参加施設（当ネットに今後参加する施設及び当ネットが今後連携する県内外の地域医療介護連携ネットワークの参加施設を含む）において私の健康・医療・介護に関する情報が共有され、私の受ける健康・医療・介護サービスに利用されることに同意し、当ネットへの参加を申込みます。

## <必須記入欄>

申込日：平成 1 年 6 月 12 日

フリガナ： セイワ ハナコ

★申込者氏名： 西和 花子

（代理記載の場合※ 代理者氏名： 西和 一郎 続柄： 夫 ）

※：代理記載について

- ・未成年者の場合、家族または保護者等の代理人による署名が必須となります。
- ・心身の理由により自著が困難な場合、家族（内縁含む）、保護者、後見人・補佐人等の代理人による署名が可能です。

○性別：男・**女**

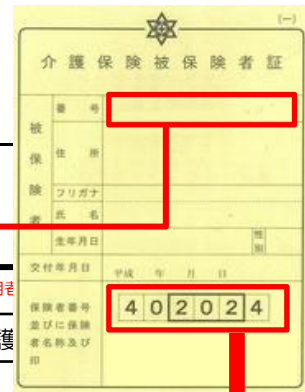
○生年月日：大正・**昭和**・平成 10 年 7 月 15 日

○電話番号： 0743 - 12 - 3456

○住所：〒 630 - 0293

○住所： 東新町 X 番 X 号

（郵便番号を記入の場合は市区町村を省略可能です）



## <任意記入欄>

※「健康保険被保険者証」「介護保険被保険者証」をお知らせいただくことにより、患者（利用者）が受領する。

健康保険被保険者証		介護保険被保険者証	
番号・記号	保険者番号	番号	番号
0000-00000	00000000	1 2 3 4 5 6 7 8 9	402024

## <受領施設>

○受領施設

健康保険被保険者証 (被保険者) 平成〇〇年〇月〇〇日交付

証号 0000 番号 00000

氏名 日本 太郎

性別 男

生年月日 昭和××年 ×月××日

資格 〇〇〇〇

事業所所在地 〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋一丁目2号

保険者所在地 〒03-3218-8111

保険者番号 00000000

保険者名称 日本製紙健康保険組合

## <事務局処理欄>

捺印欄

# 「やまと西和ネット」住民参加申込書

「やまと西和ネット」への参加に当たっては、特定の施設へ情報共有が行われないように設定することや、特定の施設で管理されている情報を共有しないように設定することが可能です。

※共有除外設定とは・・・指定した施設が自身の情報を見られないようにする設定

※情報アップロード除外設定とは・・・指定した施設に管理されている自身の情報を見られないようにする設定

上記設定について、任意記入欄のご記入をお願いします。

## <任意記入欄>

共有除外施設および情報アップロード除外施設（※1）設定を 希望しない・希望する

※1 チェックのない場合は、「設定を希望しない」ものとして扱わせていただきます

※2 「設定を希望する」場合は以下に記入を御願ひ致します。

以下にあげる施設においては、私の情報を参照されないように設定をお願いします。

【共有除外設定 対象施設名】

**A 医院**

〇〇医院とは、昔、  
トラブルになったことが  
あるなあ・・・。

**自分の情報を“閲覧してほしくない”施設をご記入ください**

※ 新規開業施設が新たに参加した場合、原則共有除外設定の対象外となることをご了承

※ 特定の診療科、職種、従事者等を指定することはできません。施設名を含む、診療科者等が指定された場合、その施設全体を共有除外対象とします。

以下にあげる施設で管理されている私の情報は、やまと西和ネット上にアップロードしないようにお願いします。

【情報アップロード除外設定 対象施設名】

**B クリニック**

〇〇クリニックに通院  
していること、あまり知  
られたくないなあ・・・。

**自分が“通っていることを知られたくない”施設をご記入ください**

※ 特定の疾病、情報（薬の情報のみ、画像情報のみ等）等を指定することはできません。

施設名を含む、特定の疾病、情報等が指定されている場合、その施設全体を情報アップロード除外対象とします。