

# 同 意 書

医療法人 ○ ○ (居宅介護支援事業所 ○ ○ 様)  
○ ○ 病 院  
院長 ○ ○ 様

私は、「オレンジ手帳」の受け取りにあたり、下記の内容について同意します。

## 記

- 1 手帳の中に記載されている個人情報、関係機関が統一されたサービス提供を目指し、連携の手段として使用することを目的としております。  
したがって、それ以外の目的、使用に関して、第三者に情報が提供されることのないよう注意して下さい。
- 2 受け渡し後の手帳は自己管理となります。よって、紛失、破損といったトラブルに対して、当 ○ ○は一切の責任を負えません。

以上

平成 年 月 日

ご本人 (自署)

ご家族 (自署)

(続柄

)