

## N 登録開始に関する同意書

国立長寿医療研究センター 病院長 殿

私は、国立長寿医療研究センターの「N 登録」の開始にあたり、以下の事項について担当者より説明を受け、内容を理解いたしましたので、登録患者となることに同意いたします。

### 1. N 登録の内容について

在宅診療担当医（在宅医）と協力して、患者（私）が国立長寿医療研究センターのサポートを受けることを理解いたしました。

### 2. 緊急時の対応について

夜間・休日の緊急の事態が起きた場合は、まず在宅医（在宅チーム）の窓口へ電話相談を行い、在宅医の指示に従うことを了承いたしました。（在宅医の往診や、当センターへの受診・入院、高度な医療機関への救急搬送などが判断されます。）

### 3. 費用について

診療にかかる費用は、医療保険が適用されることを理解しました。N 登録には費用はかからないことを理解いたしました。

### 4. 個人情報の取り扱いについて

患者（私）の個人情報（病名、経過、処方内容、将来の療養希望等）を、連携する訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）、薬局、および紹介元・先病院等の関係者間で共有することに同意いたします。

### 5. 同意の撤回及び不同意について

本同意は、いつでも撤回できること、不同意の場合であっても今後の診療に際して不利益を被ることがないことを了承いたしました。

他院への転院や入院を希望する場合は、速やかに国立長寿医療研究センターへ申し出いたします。

【署名欄】

記入日： 年 月 日

本人氏名： \_\_\_\_\_ 印 又はサイン  
(住所： \_\_\_\_\_ )

代諾者（ご家族等）署名： \_\_\_\_\_ 印又はサイン （続柄： \_\_\_\_\_）  
(住所： \_\_\_\_\_ )

(電話番号： \_\_\_\_\_ )

(携帯電話番号： \_\_\_\_\_ )