

(様式2)

情報提供等に関する同意書

各 人工呼吸器メーカー
日本ALS協会 埼玉県支部
埼玉県
東京電力パワーグリッド株式会社 } 御中

私(利用者及び家族)は、災害時におけるALS患者の安全確保に関する協定により、人工呼吸器メーカーが保有する個人情報下記のとおり取り扱われることに同意します。
なお、本内容については、医師の同意を得ています。

記

1 個人情報を取り扱う範囲

個人情報を第三者に提供する場合は以下の条件の範囲内とする。

- (1) 目的 災害時又は災害予測時に生命・身体の保護に限る
- (2) 提供先 埼玉県、県内保健所、東京電力パワーグリッド(株)及び医療機関
- (3) 提供情報 安否に関わる情報
- (4) 提供期間 本協定の有効期間の範囲

2 協定に基づく安全確保に関する医師の同意について

面談日: _____年 _____月 _____日

医師氏名: _____

3 使用している人工呼吸器について

- (1) メーカー・機種 _____
- (2) 予備電源 あり ・ なし
- (3) 予備電源使用可能時間 _____時間

4 電気契約について

- (1) 療養場所 住所と同じ
 住所と異なる → 療養場所の所在地を記入してください

(2) 電気契約の名義 _____

(3) 停電時の連絡先(携帯電話等) _____

記入日: _____年 _____月 _____日

(利用者) 受給者番号 _____

住所 _____

氏名 _____

(利用者の家族) 住所 _____

氏名 _____