**医療情報の共有についての同意書**

滋賀県立リハビリテーションセンターが実施している「障害のある児童が通う地域の学校への支援事業」において、当センターと定期通院中の医療機関との間で情報共有することについて、以下のいずれかに〇をつけたうえご署名下さい。

※情報の共有はより効果的な支援に結びつけることを目的に行います。

※知り得た情報は記載された目的以外には使用いたしません。

滋賀県立リハビリテーションセンターと　　　　　　　との間で情報共有を行うことについて、　　　　　　　　　　　　　（ご利用中の医療機関名）

**１．　同意します**

**２．　同意しません**

　　　　　※同意が頂けない場合は様々なリスクが生じるため、事業が行えない

可能性がございます。

**＜注意＞医療機関により文書料が必要になる場合があります。**

**（例）滋賀県立総合病院（旧県立小児保健医療センター）（0～2500円）**

**ご住所：**

**お名前（署名）：**

**ご本人との続柄：**

滋賀県立リハビリテーションセンター

事業推進係　　　　担当：石田　南部

住所：〒524‐8524

滋賀県守山市守山5丁目4－30

TEL：077‐582‐8157

FAX：077‐582‐5726