**高次脳機能障がい支援連携ツール　利用説明書（案）**

資料１３

　高次脳機能障がい支援連携ツールについて以下の説明を受け、ご了解いただいた項目の□に✓を入れてください。

□あなたへの今後の支援が円滑に行われるよう、あなたの支援にあたる医療・福祉・行政・就労・教育等の各機関が高次脳機能障がい支援連携ツール（以下、支援連携ツール）を作成します。また、各支援機関が適切な支援を行うため、支援連携ツールに記載された情報を共有することがあります。

□上記の情報共有にあたっては、各機関が個人情報保護の厳守を条件として利用します。

□あなたが保管される支援連携ツールは、あなたの責任において管理してください。あなたが保管されていた支援連携ツールの紛失については、各支援機関は一切の責任を負いかねます。

□各支援機関間の支援連携ツールに関する情報共有は、あなたの同意により行われます。情報共有に同意したくない場合、または撤回したい場合には、それを申し出ることにより、撤回後の申し出のあった支援機関間の情報共有はいたしません。

説明日　　　　　　年　　　月　　　日

所　属

説明者

**同意書**

　私は上記の内容について理解し、以下の内容について同意します。

　１．各機関が高次脳機能障がい支援連携ツールを作成し、個人情報の保護を厳守した上で、各支援機関間で必要な情報が共有されることに同意します。

　２．自分自身が管理する高次脳機能障がい支援連携ツールは、自己の責任で管理します。

　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　当事者署名

　　　　　　　　　　　　　　　家族(支援者)署名