

個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するとおり必要最小限の範囲で使用することに同意いたします。

記

1. 使用する目的

- (1) 介護保険サービスを円滑に提供するために実施されるサービス担当者会議に必要となる場合。
- (2) 介護支援専門員と介護サービス事業所等の連絡調整及びサービス事業者間の連絡調整に必要となる場合。
- (3) サービス提供困難時及び契約終了時の事業者間の連絡、紹介等の場合。
- (4) 入院など医療機関を受診するときに、当該医療機関に対して個人情報を使用する場合。
- (5) 事業所などにおいて行われる研修生、実習生、学生への教育。
- (6) 介護保険事務に関する情報提供の場合。

2. 使用するにあたっての条件

- (1) 個人情報の提供は1に記載する目的の範囲で必要最小限とし、情報提供の際には、関係者以外に決して漏れることのないよう、細心の注意を払うこと。
- (2) 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容などについて記載しておくこと。

3. 個人情報の内容

氏名、住所、利用者の心身の状況やその置かれている環境、支援を行う上での課題、健康状態、病歴、家庭状況等。

4. 使用する期間

契約終了までのサービスの提供期間

以上

令和 年 月 日

事業者：医療法人社団 森山内科・脳神経外科

(介護予防) 訪問リハビリテーション 宛

利用者 氏名 印

署名代行者 氏名 続柄 印

代筆理由 書字困難 認知機能低下 その他 ()