

個人情報利用同意書

私は（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用目的

- (1) 居宅介護支援の提供を受けるに当たって、担当職員とサービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合
- (2) 上記(1)のほか、居宅介護支援事業所又はサービス事業所との連絡調整のために必要な場合
- (3) 現に居宅介護サービスの提供を受けている際に、私が体調を崩し又はケガ等で病院に行った場合で医師・看護師等に説明をする場合
- (4) 同一法人内で取得した個人情報は、電子カルテシステムを用い、法人内で診療・介護・健診等の情報共有を行う場合

2. 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅介護支援計画に掲載されている事業所
- (2) 病院又は診療所（体調を崩したまたはケガ等で診療することとなった場合）

3. 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4. 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払う
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記述する

以上

令和 年 月 日

(事業所)

事業所 天心堂介護相談サービスセンター
法人名 社会医療法人財団 天心堂
住 所 大分市大字中戸次字寺ノ内 5111 番 1
代表者 河村 忠雄
電 話 097(597)0300 F A X 097(597)7705

(利用者)

御住所 _____

御名前 _____ 印

電話番号 _____

(御家族)

御住所 _____

御名前 _____ 印

電話番号 _____