

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、次に記載するところにより必要最小限の範囲で使用することに同意いたします。

【使用する目的】

- (1) 事業者が介護保険法に関する法令に従い、私のサービス計画作成に必要な場合及びサービスを受けるに当たって円滑に実施するために行うサービス担当者会議などにおいて利用者の状態、家族の状況を把握する為に必要な場合。
- (2) 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。
- (3) 事業者が、契約終了によって、他の施設へ紹介するなどの援助を行う際に、必要な個人情報を使用する場合。
- (4) 通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーションなどにおいて行われる研修生、実習生、学生への教育に使用する場合。
- (5) 行政からの調査、外部機関による施設評価、学会や出版物などで個人名が特定されない形で報告する場合。

【使用するにあたっての条件】

- (1) 個人情報の提供は上記に記載する目的の範囲で必要最小限にとどめ、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、個人情報利用の内容など記載しておくこと。

【個人情報の内容】

氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況その他一切の利用者や家族に関する情報。

【使用する期間】

申込み日より契約終了日まで

上記の契約を証する為、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

令和 年 月 日

医療法人社団佐仁会 ささき整形外科

担当者 船越 嵩瑛 ⑩

【利用者】 住所 _____

電話番号 _____ 氏名 _____ ⑩

【署名代行者】 住所 _____

電話番号 _____ 氏名 _____ (続柄) ⑩