

個人情報の使用に関する同意書

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) (介護予防)訪問看護サービスの提供を受けるに当たって、担当職員と地域包括支援センター及び(介護予防)居宅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)ほか、居宅介護支援事業所又は介護予防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(介護予防)訪問看護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで医師・看護師等に説明する場合

2 個人情報を提供する事業所

- (1) (介護予防)サービス提供計画に掲載されている地域包括支援センター及び(介護予防)居宅サービス事業者
- (2) 受託した居宅介護支援事業所
- (3) 病院又は診療所(体調を崩し又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録する。

以上

平成 年 月 日

医療法人社団ひらはら内科クリニック

訪問看護ステーションきずな

代表者氏名 理事長 平原 克己 印

管理者氏名 看護師 小嶋久恵 印

説明者氏名 印

(利用者) 住 所	
氏 名	印
(家族・代理人) 住 所	
氏 名	印