

個人情報利用同意書

(介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント用)

私は、私及び私の二親等以内の親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) 介護予防サービスの提供を受けるに当たって、担当職員と介護予防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及び関係機関との連絡調整や個別ケア会議のために必要な場合
- (3) 介護予防サービスの契約期間中、私がかげがや体調の急変があり、医師・看護師等から説明を求められた場合

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 介護予防サービス・支援計画に掲載されている介護予防サービス事業所等
- (2) 受託又は私が利用する居宅介護支援事業所
- (3) 病院又は診療所
- (4) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに協力が必要な地域の行政機関や民生委員などの関係機関(団体)の担当者(私の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに協力が必要な関係者に限る)

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、関係者に関係者以外の者に漏れることのないよう厳重に注意を促す。
- (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。

令和 年 月 日

高砂市地域包括支援センター(指定介護予防支援事業者) 様
指定介護予防支援業務受託事業者 様

(本人) 住 所	
氏 名	印
(署名代行)住 所	
氏 名	印

(改 03.04)