

居宅介護支援契約における個人情報使用同意書

私、(利用者) 及び家族、介護者の個人情報について、医療法人社団めぐみ会 田村クリニック及びそのサービス従事者が、下記に基づいた必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用する目的

事業所が介護保険法に関する法令に従い、私の居宅サービス計画に基づき、居宅介護支援等を円滑に実施するために行うサービス担当会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合。

2. 使用にあたっての条件

- ①個人情報の提供には、1 に記載する目的の範囲内で必要最小限に留めること。
- ②情報提供の際には、関係者以外に漏れる事のない様細心の注意を払うこと。
- ③事業所は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。

3. 使用する期限

令和 年 月 日 ～ 契約終了日まで
令和 年 月 日

(事業所) 事業所名 医療法人社団めぐみ会 田村クリニック

代表者名 田村 豊

住 所 東京都多摩市落合 1-44 銀行棟 3 階 302 号室

(利用者)

住 所 _____

氏 名 _____

(代理人)

住 所 _____

氏 名 _____

(家族代表者)

住 所 _____

氏 名 _____