



個人情報使用同意書

私（入所者およびその家族）の個人情報については、以下に記載するところ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。

1. 使用する目的

介護保険法に関する法令に従い、サービス計画に沿って円滑に介護サービスを提供する為のサービス担当者会議や、介護支援専門員等の他職種との連絡調整や、それ以外での各種サービス提供に必要な場合に使用すること。

2. 使用にあたっての条件

情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、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に細心の注意を払うこと。

3. 個人情報の内容（例示）

- ・ 氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況、その他の入所者や家族個人に関する情報
- ・ その他、サービス提供に必要な情報

4. 使用する期間

契約締結日から契約終了日までの間とする。

以上

吉見病院 介護医療院

病院長 林 則秀 殿

年 月 日

入所者

住所

氏名

入所者家族代表
続柄（ ）

住所

氏名

上記代理人
続柄（ ）

住所

氏名
