

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内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

リハビリデイ『まーめいど』において関係法規に従い利用者が医療法人社団谷掛整形外科診療所及び医療機関、他の介護事業所から適切なサービスを受けながら安心して通所できる環境を構築するため。

2 使用に当たっての条件

- ① 個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際は関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ② 個人情報の利用範囲
 - 適切なサービスを円滑に行うために連携が必要な他事業所（*1）との情報共有
 - サービス提供に関わる請求のため、国保連や口座引落会社への情報提供
 - 健康管理、緊急時の医療機関との情報共有のため
 - 後見人様、身元引受人様への各種報告のため
 - 法律上義務付けられた関係機関からの依頼に基づく情報提供
 - 損害賠償責任などに関わる公的機関・損害保険会社への情報提供
 - 帰宅困難となったご利用者様の検索願い(写真を含む)を警察に出すため
 - その他特定の目的のために別途同意を得た場合
- ③ 場合によって、本人の申し出により第三者への提供を差し止めることが出来る。

*1 「他事業所」とは、訪問介護、訪問看護、通所サービス、短期入所、福祉用具などの事業所をいいます。

3 個人情報の内容

- ・氏名、生年月日、年齢、住所、健康状態、病歴、家族状況等事業者が各種サービスを提供するために最低限必要な利用者や家族個人に関する情報
 - ・認定調査票（必要項目及び特記事項）、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
 - ・ご利用者様の写真
 - ・その他の情報
- 上記の内容以外に特に必要な情報については本人又は家族に了承を得る。

4 肖像権の使用許諾について

当院のホームページ・パンフレット・掲示物・広報誌・研修などにおいてご利用者様の映像・写真を使用することにつき（同意します ・ 同意しません）

年 月 日

利用者 住所
氏名 印

署名代行者 住所
氏名 印

（本人との続柄： ）

ご家族代表 住所
氏名 印

（本人との続柄： ）