

## 個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）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で使用することに同意します。

### 記

#### 1 使用する目的等

利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために必要な次のいずれかの場合

- (1) サービス担当者会議
- (2) 介護支援専門員や他のサービス事業者及び主治医との連絡・連携調整
- (3) その他サービス調整に必要な場合

#### 2 使用する条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあ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こと。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容などの経過を記録しておくこと。

三重県立志摩病院 様

令和 年 月 日

ご利用者様

住 所

氏 名

印

ご家族の代表

住 所

氏 名

印

利用者は、身体の状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

署名代筆者

住 所

氏 名

印