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杉並堀ノ内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　～
令和　　年　　月　　日

（事業所）事業所名　医療法人社団めぐみ会　杉並堀ノ内クリニック
代表者名　　田村　豊
住　所　杉並区堀ノ内 2-29-5

（利用者）
住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（代理人）
住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（家族代表者）
住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿