

(介護予防) 短期入所生活介護サービスにおける

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、事業者である医療法人 三宅会及び、サービス提供事業所であるグッドライフハウス東町のサービス従事者が、以下に記載された「目的」と「条件」の範囲内で使用することに同意します。

1 「使用する目的」

- ① 事業者が介護予防短期入所生活介護サービスを提供するために必要な場合
- ② 事業者が自費サービスの提供をする場合及び、ご案内させて頂く場合
- ③ 事業者が利用者の入退去等、当該事業所内での管理運営業務のために必要な場合
- ④ 他の介護予防サービス事業者、介護予防支援事業者、医療機関との連絡調整等において必要な場合
- ⑤ サービス担当者会議、介護予防支援事業者からの照会に対して、回答を行うために 必要な場合
- ⑥ 提供したサービスに対する請求業務等の事務を行う場合
- ⑦ 家族等へ利用者の心身状況等を説明する場合
- ⑧ 事故発生時の保険者への報告及び、それに係る保険会社への手続き等に必要な場合
- ⑨ 医療上、緊急の必要性があり、医療機関等より利用者に関する心身状況等の情報を 求められた場合
- ⑩ 「別紙 肖像権使用同意書」に同意を頂いた場合
- ⑪ 実習生等の受け入れの承諾を頂いた場合
- ⑫ 利用者アンケート等の特定情報の収集と使用に承諾を頂いた場合

2 「使用の条件」

- ① 個人情報の使用及び提供の際には必要最小限の範囲とします。
- ② 個人情報の使用及び提供の際には関係者以外に漏れない様、細心の注意を払います。
- ③ 個人情報を使用した会議等の記録を残します。
- ④ 万が一、前項「使用する目的」に記載する目的の範囲外で個人情報の使用または提供の必要が生じた場合は、予め利用者に同意を得ることとします。
- ⑤ 同意後、利用者または家族から利用目的等について、一部同意の取り消し等の申し出があった場合は、その後の個人情報の取扱いについては同意を得た範囲内に限定して使用します。

3 「情報の使用期間」

年 月 日 ～ 契約終了日まで

4 「個人情報に関する問合せ」

- ① 本同意書に関する問合せ等に関しては、下記を担当窓口とします。

【担当窓口】グッドライフハウス東町

【受付時間】月曜日から土曜日 9時から18時

【電話番号】084-983-0021 【FAX】084-983-0023

【E-Mail】goodlifeshort@livethegoodlife.jp

- ② 情報の提供をご希望される場合、情報量や方法等により、提供に関わる実費（用紙代、通信代等）を合理的であると認められる範囲内で頂戴する場合がありますので、ご了承下さい。なおその際は事前にご説明をさせていただきます。

肖像権使用同意書

私（利用者）の肖像が撮影された画像を、以下の「使用する範囲」に限定し、またグッドライフハウス東町（施設）が以下の「使用の条件」を遵守することを条件に、金銭等の対価を求めることなく、それらの使用に対し理解と同意をします。

1 「使用する範囲」

- ①入所施設であるグッドライフハウス東町における日常や外出時、イベント等の、サービス提供時に撮影をされた画像であること。
②使用される媒体は当該施設の広報活動及び、利用者の家族や他の利用者の家族向けの広報誌や状況報告紙に限定します。

2 「使用の条件」

- ①使用される画像は利用者の尊厳等に十分配慮されたものとします。
③ 使用される画像は必要最小限の範囲とします。
④ 万が一、「使用する範囲」以外での使用の必要性が生じた場合は、予め利用者に同意を得ることとします。

同意日 年 月 日

◆利用者 【氏名】 _____

◆立会者 【氏名】 _____

注：「立会者」は、利用者と共に本同意書の内容を確認し、また緊急時等において利用者の立場に立ち、事業者との連絡調整等を行うことが可能な方となります。なお「立会者」は、契約上の法的な義務を負うものではありません。

※代筆者 【氏名】 _____ 【続柄】 _____

◆家族の代表者 【氏名】 _____

※家族の個人情報を使用する場合のみ署名が必須

◆事業者 【事業者名】 医療法人 三宅会
【代表者氏名】 理事長 三宅 晴夫
【事業所名】 グッドライフハウス東町