

介護予防・生活支援サービス事業 訪問型サービス 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ヘルパーステーション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 事業者が訪問型サービスを提供するために必要な場合
- ② 他の介護予防サービス等事業者、介護予防支援等事業者、医療機関との連絡調整等において必要な場合
- ③ サービス担当者会議、介護予防支援等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
- ④ 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
- ⑤ 家族等へ利用者の心身状況等を説明する場合
- ⑥ 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
- ⑦ 研修生等の受け入れの承諾を頂いた場合
- ⑧ 弊社保険外サービスについてご案内をさせて頂く場合
- ⑨ 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、上記 1 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 「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】 グッドライフヘルパーステーション

【受付時間】 月曜日から土曜日 9時から18時

【電話番号】 084-923-1288 【FAX】 084-944-3697

【E-Mail】 goodlifeimamachi@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。

4 「情報の使用期間」

年 月 日 ～ 契約終了日まで

同意日 年 月 日

◆利用者 【氏名】 _____

◆立会人 【氏名】 _____

※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

◆事業者	【事業者名】	医療法人三宅会
	【代表者氏名】	理事長 三宅潤一
	【事業所名】	グッドライフヘルパーステーション