

# 個人情報の使用に関する同意書

辻外科リハビリテーション病院  
通所リハビリテーション  
管理者 辻 卓司 印

サービス提供にあたり、辻外科リハビリテーション病院 通所リハビリテーション及びその従業者は、ご利用者様及びご家族様の個人情報を、以下のとおり必要最小限の範囲内で使用、提供又は収集（以下「使用」といいます。）させていただきますので、ご同意いただけますようお願い申し上げます。

## 1. 使用の目的

- ① 通所リハビリテーション計画（介護予防通所リハビリテーション計画）の立案、ならびに円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議における情報提供を要する場合
- ② 当事業所の従業者及び居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）の担当介護支援専門員との連絡調整に必要な場合
- ③ ご利用者様の容態の変化にともない、緊急連絡を要する場合
- ④ サービスの質の向上を目的とした第三者評価機関等による調査を受ける場合

## 2. 個人情報に関する情報共有に必要な書類例

- ①介護保険被保険者証 ②居宅介護支援計画関連書類 ③アセスメント書類 ④経過報告書
- ⑤身体障害者手帳・医療受給者証・居宅受給者証 ⑥診断書 ⑦サービスの実施記録
- ⑧その他（ ）

## 3. 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の使用の期間は、サービス提供契約締結日から契約終了日までとします。
- ② 個人情報は、上記の目的以外には使用いたしません。また、業務上知り得たお客様及びご家族様の個人情報は、ご利用者様とのサービス契約の締結の前からサービス終了後、従業者の退職後においても正当な理由なく第三者に漏らしません。
- ③ 個人情報を使用した会議の内容やその相手方について、経過を記録します。

辻外科リハビリテーション病院 通所リハビリテーション及びその従業者より私及び私の家族の個人情報を使用する事について、上記のとおり説明を受け、同意いたしました。

### 【その他：肖像権について】

当院のホームページ・パンフレット・施設内研修・掲示物・広報誌などにおいて、ご利用者様の影像・写真を使用させて頂きたく場合があります。使用する際、ご利用者様氏名が特定されないよう配慮致します。掲載する前に確認の連絡をさせていただきます。

使用につきましては□にチェックを御記入お願い致します。： 同意する 同意しない

年 月 日

(ご利用者様) \_\_\_\_\_ 様

(ご家族様) 住 所 \_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(ご家族様) 住 所 \_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_ 印