個人情報利用同意書（障害福祉サービス）

私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内で使用することに同意します。

記

１　使用する目的

事業者が、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に関連する法令に基づき、私に行うサービスを円滑に実施するため、サービス担当者会議又は私が利用する他のサービス事業者等と情報の共有が必要な場合に使用する。

２　使用に当たっての条件

ア　個人情報の提供は、上記１に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないように細心の注意を払うこと。

イ　事業者は、私及びその家族の個人情報を使用した会議の内容、参加者、経過等について、記録しておくこと。

３　個人情報の内容

ア　氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等、事業所がサービスを提供するために最小限必要な利用者やその家族個人に関する情報。

イ　その他利用者及びその家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、また識別されうる情報。

４　使用する期間

令和　　年　　月　　日からサービス利用契約終了時までとする。

以上

令和　　年　　月　　日

医療法人社団平真会　薬師堂介護サービス　殿

【利用者】　住所

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

【利用者代理人】　住所

続柄（　　）　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

【家族代表者】　住所

続柄（　　）　氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印