

# 個人情報使用同意書

(令和4年10月1日現在)

当施設では、個人情報を下記の目的に利用し、その取り扱いには細心の注意を払っています。事業者及びその従業員は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た利用者及びその代理人、家族、身元引受人の秘密を漏らしません。

個人情報の使用に同意できない場合、遠慮なくお申し出下さい。尚、本同意書は契約書及び重要事項説明書を基に作成されています。

## 記

### <当施設での個人情報の使用目的>

訪問リハビリテーション（介護予防訪問リハビリテーション）を介護保険法、個人情報保護法、その他諸法令のもと円滑に提供することを目的として使用します。

### <使用する内容>

#### ○サービス提供

- ・当施設でのサービス提供全般
- ・他施設、医療機関、行政との連携、助言
- ・ご家族への状態説明

#### ○ご利用料金請求事務

- ・訪問リハビリテーション（介護予防訪問リハビリテーション）の管理、会計経理
- ・審査支払機関へのレセプト提出、審査支払機関及び保険者からの照会への回答

#### ○当施設の管理運営業務

- ・医療、介護サービスや業務維持、改善のための資料（利用申込書、個人カルテ、ケアプラン等）
- ・学生及びボランティアへの実習協力
- ・広報誌への掲載
- ・事例研究、学会発表

#### ○外部への情報提供

- ・診療を目的とした医療情報の提供、外部の医師の意見、助言を求める場合
- ・介護サービス事業者との連携（サービス担当者会議等や照会への回答、必要な家族情報の共有）
- ・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等
- ・外部監査機関への情報提供
- ・当施設内における事故及び苦情に関する行政への報告

以上

個人情報につきましては、上記に記載する必要最小限の範囲で初回お問い合わせ時又は初回面接日の(西暦) 年 月 日から使用することに同意致します。尚、使用期間は初回面談日からご契約終了後5年後までとさせていただきます。

タムス市川リハビリテーション病院 管理者 殿

ご記入日 (西暦) 年 月 日

利用者 氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_

利用者の代理人 氏名 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_) 印

住所 \_\_\_\_\_

利用者家族の代表者 氏名 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_) 印

住所 \_\_\_\_\_

タムス市川リハビリテーション病院 訪問リハビリテーション