

## 定期巡回・随時対応型訪問介護看護（連携型）契約における個人情報使用同意書

私及び家族の者は、ナイトウメディックス株式会社（以下「事業者」といいます）のサービス利用に際して、秘密保持に関して事業者が定めるところに従い、サービス担当者会議等において、私及び家族の者の個人情報を、契約の有効期間に限り、用いることに同意します。

### 1 使用する用途

- ① 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
- ② おおむね6月に1回以上開催される介護・医療連携推進会議
- ③ 介護支援専門員など関連部署との連絡調整に必要な場合
- ④ 医療上緊急の必要がある場合に医療機関に心身等の情報提供を行う場合
- ⑤ 緊急時、行政機関等への情報開示が必要になった場合

### 2 使用する範囲

指定介護事業所、かかりつけ医等の医療機関、行政機関、居宅介護支援事業所など

### 3 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供については、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細心の注意を払うこと。
- ② 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。

### 4 個人情報の内容（例示）

- ・氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況その他一切の利用者や家族個人に関する情報
- ・認定調査票（74項目及び特記事項）、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
- ・その他の情報

## 5 使用する期間

令和 年 月 日から私の要介護認定の有効期間が満了するまでとします。ただし事業者に対して契約終了を申し出ない限りこの同意書は自動更新するものとします。

令和 年 月 日  
事業者 ナイトメディックス株式会社  
事業所 ミクチサポートセンター 様

### 契約者

住所

氏名 (続柄 )

契約者は、署名が出来ないため、契約者本人の意思を確認のうえ、私が契約者に代わってその署名の代行をいたします。

### 署名代行者

住所

氏名 (続柄 )

### 利用者家族代表

住所

氏名 (続柄 )

### 代理人 (法定代理人を選定した場合)

住所

氏名 (続柄 )