

## 個人情報使用に関する同意書

私及びその家族の個人情報については、下記により必要最小限の範囲内で使用する事に同意します。

### 【使用目的】

(1) 医療法人社団 協友会 横浜なみきりハビリテーション病院 訪問リハビリテーションが、介護保険法に関する法令に従い、私の訪問リハビリテーション計画作成に必要な場合及び訪問リハビリテーションを受けるに当たってのサービス担当者会議において利用者の状態、家族の状況を把握する為に必要な場合

(2) 上記(1)のほか、居宅介護支援事業所又は、関連サービス事業所との連絡調整・訪問リハビリテーション実施報告の為に必要な場合

(3) 現に訪問リハビリテーションを受けている場合で、私が何らかの理由により医療機関又は関連サービス事業所等を利用した際、医師・看護師・リハビリテーションスタッフ等に説明する場合

(4) 訪問リハビリテーション終了時に主治医・介護支援専門員等に報告する場合

### 【使用する情報】

(1) 訪問リハビリテーション指示書

(2) 訪問リハビリテーション計画作成の為にアセスメントした調査資料

(3) 訪問リハビリテーション実施計画書、訪問リハビリテーション実施記録

(4) 介護保険被保険者証

(5) 経過サマリー

(6) サービス担当者会議に対する照会

(7) 介護認定審査会による判定結果

(8) 利用者基本情報

### 【使用する期間】

訪問リハビリテーションを受けている期間、かつ訪問リハビリテーション終了から5年間

### 【個人情報を提供する事業所】

(1) 関連する介護保険サービス事業所等

(2) 居宅介護支援事業所

(3) 病院又は診療所又は施設（何らかの理由で診察や入院・入所する事となった場合など）

(4) 審査・支援機関

### 【使用する条件】

(1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に漏れる事のないよう細心の注意を払う。

(2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

年 月 日

### 【事業者】

医療法人社団 協友会 横浜なみきりハビリテーション病院 訪問リハビリテーション

担当者 \_\_\_\_\_ 印

### 【本人】

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

### 【署名代行者】

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印（続柄 \_\_\_\_\_）

署名代行理由： 手が不自由 認知症 その他（ \_\_\_\_\_ ）