

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント契約に関する個人情報使用同意書

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

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント事業者が、介護保険法に関する法令に従い、私の介護予防ケアプランに基づき、指定介護予防サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議、関係機関との調整等に必要である場合に使用すること。

2 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供は、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細心の注意を払うこと。
- ② 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント事業者は、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。

3 個人情報の内容（例示）

- ・ 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを行うために最低限必要な利用者や家族個人に関する情報
 - ・ 認定調査票、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）
 - ・ 基本チェックリスト結果、興味・関心チェックシート結果
 - ・ その他、業務を実施するうえで必要となる情報
- ※「個人情報」とは、利用者個人及び家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

4 使用する期間

平成 年 月 日から介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント契約終了日まで

平成 年 月 日

指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント事業者（法人名）様
（〇〇地域包括支援センター）

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

上記代理人（代理人を選定した場合）住所 _____

氏名 _____ 印 _____

利用者家族代表 住所 _____

氏名 _____ 印 _____