

個人情報使用同意書

リハビリデイサービス伊賀接骨院では、お預かりしている利用者様・家族様等の秘密及び個人情報について、使用目的を以下の通り定めます。

① 《利用者様への介護サービス提供に必要な情報として》

- ◇ 利用者様への提供する介護サービスの安全・質の向上のため
- ◇ 他事業所との連携に関する情報提供のため（主にサービス担当者会議における照会への回答）
- ◇ 家族等への心身の状態説明のため

② ≪リハビリデイサービス伊賀接骨院の管理運営業務として≫

- ◇ 利用者様に関する介護保険の事務手続きのため
(審査支払機関へのレセプトの提出・照会への回答)
- ◇ 事故等の報告のため
- ◇ 職員研修の一環としての事例研究のため

③ 《その他》

- ◇ リハビリデイサービス伊賀接骨院では、リハビリ実施状況を視覚的にご確認頂くため、写真撮影し利用者様とその家族、または介護支援専門員等へ配布させて頂く場合がございます。

※パンフレット及びホームページ等への写真使用について ・承諾します。

- ・承諾しません。

令和 年 月 日

リハビリデイサービス伊賀接骨院 管理者 殿

利用者氏名 : _____

住 所：

家族代表氏名： 利用者との続柄：

住 所：

※代筆の場合、代筆者の氏名・住所を併記すること。

代理人氏名　：

代理人住所：