介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント利用契約における個人情報使用同意書（家族用）

（利用者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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

（１）利用者のための介護予防サービス・支援計画書の作成（変更）及びこれに沿った円滑なサービス提供のために実施されるサービス担当者会議やサービス事業者及び関係機関等の担当者との連絡調整等において必要な場合

（２）中間市（保険者）や地域包括支援センターが介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの質の向上を目的として検討を行う場合

２　使用する事業者等の範囲

地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、サービス提供事業所、医療機関、行政機関、民生委員などの関係機関（団体）

ただし、利用者の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに協力が必要な関係者に限ります。

３　使用する期間

年　　月　　日から契約終了日まで

４　使用にあたっての条件

（１）個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることがないように細心の注意を払うこと。

（２）緊急を要すると判断した場合は、必要最低限の個人情報を上記以外の者に提供することもある。その場合は、相手方に対して、関係者以外の者に漏れることのないように厳重に注意を促すこと。

（３）個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

５　その他

主治医（かかりつけ医）のある方につきましては、身体や治療の状況について、診療情報の提供を求める場合があります。その場合、一部負担金を医療機関にお支払いいただくことがあります。

年　　月　　日

センター　　：　中間市地域包括支援センター　宛

事業所（委託・指定）：　　宛

（利用者の家族）住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　利用者との関係（　　）

（利用者の家族）住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　利用者との関係（　　）

※氏名欄は自署（自署が困難な場合は記名押印）してください。