

## 五所川原市在宅医療・介護連携推進事業による情報共有シート「つながるシート」 の利用のための個人情報の利用（取得及び提供）に関する同意書

私（及びその関係家族等）の個人情報について、次に記載するところにより、必要最小限内で利用（取得及び提供）することに同意します。

### 1 利用（取得及び提供）目的

（１）医療・介護サービスの提供を受けるにあたって、医療・介護関係者間において、私の身体や生活状況、家族の状況、提供されている医療・介護サービスの内容等を的確に共有するために必要な場合

（２）介護保険法に関する法令に従い、私の居宅サービス計画、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント計画の作成（変更）に基づき、指定居宅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において必要な場合

（３）上記（２）の他、介護支援専門員又は介護サービス事業者、県及び各市町村担当窓口、その他各種関係機関等との連絡調整・連携により、心身の健康の保持及び生活の安全のために必要な援助を行う場合

（４）在宅療養時の医療提供施設への情報提供や情報取得が必要な場合

### 2 個人情報を利用する事業者等の範囲

（１）指定介護（予防）サービス事業所及び介護保険外サービス事業所の担当者

（２）主治医や医療提供施設の担当者

（３）県及び各市町村担当窓口、その他民生委員などの各種関係機関（団体）の担当者等

### 3 利用（取得及び提供）条件

（１）個人情報の利用（取得及び提供）については、必要最小限の範囲で利用するものとし、個人情報の提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないように細心の注意を払う。

（２）個人情報を利用（取得及び提供）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

利用者 （住所）  
（氏名）

印

利用者家族、代理人・立会人等  
（住所）  
（氏名）

印

説明者

（氏名）  
（所属）