

自立に向けたケアマネジメントを目的に実施する
地域ケア会議における個人情報使用同意書
及びリハビリテーション専門職訪問同意書

1. 個人情報使用について

私（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最小限の範囲内で使用することに同意します。

①使用目的

- ・自立に向けたケアマネジメントを目的に実施される地域ケア個別会議に必要となる場合
- ・今後の介護保険の利用状況を含めて、自立に向けたケアマネジメントを目的に実施される地域ケア個別会議の実施状況の把握および効果の検証

②使用条件

個人情報の提供は必要最小限とし、地域ケア個別会議においては個人名や住所等、本人と特定できる箇所を伏せた上で提供すること

2. リハビリテーション専門職訪問について

私は、ケアプラン作成を担当している地域包括支援センター職員又は居宅介護支援事業所の介護支援専門員が自宅を訪問する際に、上記の会議に出席したリハビリテーション専門職が同行訪問し、生活状況の把握とともに生活目標の実現に向けて助言を行うことに

同意します。

同意しません。

社会福祉法人〇〇会 理事長

（〇〇地域包括支援センター）

株式会社〇〇 代表取締役社長

（事業者名〇〇〇〇）

有限会社〇〇 代表取締役社長

（事業者名〇〇〇〇）

医療法人〇〇 理事長

（事業者名〇〇〇〇）

西宮市長

あて

平成〇〇年〇月〇日

利用者

(住所) 西宮市〇〇町〇〇番〇〇号

(氏名) 西宮 太郎 西宮 印

代理人等

(住所) _____

(氏名) _____ 印

- ※ 印がない場合、署名のみでも可
- ※ 代理人等欄は、利用者が記入できない等の場合のみ記入してください