個人情報（使用）同意書

私　　及び家族　　の個人情報について、以下に記載するところにより必要最小限の範囲内での使用に同意します。

記

１．使用開始日（利用開始日）　平成　　年　　月　　日 より

２．使用する目的

1.居宅サービス計画及び薬学的管理計画等の作成及び変更のため

2.サービス担当者会議やカンファレンスその他サービス事業所、主治医、行政機関との連絡調整及び情報の共有のため

3.ご家族等への心身の状況の説明のため

4.ご利用者の緊急時や容態の変化に伴う、ご家族等や医療機関、その他必要な機関への連絡のため

５．介護報酬等の請求に関する事務のため（給付管理票等書類の提出、審査支払い機関または保険者からの照会への回答など）

６．苦情、事故などの報告のため

７．サービスや業務の維持、改善のための基礎資料として

８．損害賠償保険等に係る保険会社等への相談または届出等のため

９．学生等への実習への協力のため

10．行政機関等の指導または調査に協力するため

３．使用する職員の範囲

利用者に対してサービス提供、相談援助等及び請求を担当する職員

４．使用の条件

（１）個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外への漏洩に細心の注意を払うこと。

（２）個人情報を使用した会議・相手方・内容等の経過を記録すること。

以上

・・・・・・・・薬局 殿

平成　　年　　月　　日

利 用 者　　氏 名：　　印

代 理 人　　氏 名：　　印

署名代行理由：

利用者家族 続柄　　氏 名：　　印