

「医療と介護(福祉)の連携に関する

個人情報情報の使用同意書」

地域包括支援センターや認知症初期集中支援チーム等が地域の相談窓口で相談を受けた際に、次ページの様式を使用し、同意が得られた際には、認知症の疑いのある高齢者の方の受診に際して、情報提供をさせていただくことや受診結果等についてお伺いさせていただくこと、支援方法のご相談等をさせていただく場合がありますので、ご了承ください。

なお、既存書式等で活用できる場合は、必ずしも本書式を使用することをルールづけるものではありません。

本書式の利用者は、本人や家族の支援に携わる方のうち、法令等で守秘義務が課せられている専門職(医療や福祉、法律関係の有資格者や、地方公務員、民生委員等、関係法令により守秘義務が課せられている職種のほか、法令に基づく指定基準等において守秘義務規定が設けられている事業所従業員を含む)とします。

医療と介護(福祉)の連携に関する個人情報の使用同意書

私およびその家族の個人情報については、下記について説明を受け、次に記載するところにより必要な範囲内で使用または提供することに同意します。

記

1 目的

ご本人やご家族の生活を支える医療や介護・福祉サービス等の関係専門職が、共通の情報を基に、協力し合ってよりよい支援をしていくことを目的としています。

病気の早期発見やそれに関わる早期支援に役立てたり、在宅での状態をさらに詳しく医療機関に知っていただくために必要な場合に使用します。

2 使用にあたっての条件

個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際は関係者以外には漏れないよう、情報のやり取りや書類の管理は十分に注意して行ないます。また、ご本人とご家族の医療・介護・生活支援以外の目的で情報を使用することはありません。

3 同意と撤回の自由

同意した後で取りやめることもできます。また同意後に撤回された場合でも医療や介護・福祉サービスの利用にあたり、不利益を受けることはありません。

*「個人情報」とは個人および家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、または識別され得るものをいいます。

個人情報の使用にあたり、本書に基づいて説明を行ないました。

説明日 年 月 日

説明者

所在地 _____ 名 称 _____

代表者 _____

説明者 _____ 印 _____

私は、本書面により、個人情報使用についての説明を受け同意いたします。

年 月 日

ご住所 _____

○ご本人(自署) _____

または

○ご家族、後見人／後見的立場にある人(自署) _____

(ご本人との関係: _____)