個人情報利用同意書

ホームライフひむか居宅介護支援事業所

私、及び私の家族は以下の条件に適合する場合には、
個人情報の共有あるいは提供に同意いたします。

１．主治医
２．居宅サービス計画上位置づけられたサービス提供事業者
３．居宅サービス計画上位置づけられた保険対象外のサービス提供事者
４．施設などへの入所あるいは入院が決まった場合の入所、入院先施設
５．病院又は施設などから退院、退所が決まった場合、テレビ電話装置などを活用しての面談やカンファレンス等を実施する際に、利用者様又はご家族が参加される時
６．居宅支援事業所を変更する場合の変更先居宅支援事業所
７．研修会、勉強会等の事例検討
（ただし、この場合、実名住所など本人を特定できない配慮を行います。

令和　　年　　月　　日

本人　　住所
　　氏名　　印

代理人　　住所
　　氏名　　印
　　（続柄　　）

＊代理人が記載した理由（　　）