

認知症初期集中支援チーム訪問支援に関する同意書

私（本人）およびその家族は、本事業の支援を受けること、ならびに事業実施に際し、次に記載するところにより、必要最小限度の範囲内で個人情報を使用し、関係する者に情報提供を行い、または関係する者から情報提供を受けることに同意します。

記

- 1 使用する目的
 - ① 訪問支援対象者の生活支援に関して、医療や介護サービス等につなげるための検討や情報の共有が必要な場合
 - ② 訪問支援対象者のために実施されるチーム員会議において必要な場合
- 2 個人情報を共有する関係者の範囲
訪問支援対象者の支援を行っている、または行う予定の関係機関（函館市、医療機関、地域包括支援センター、介護保険事業所等）
- 3 収集および提供する個人情報
氏名、年齢、住所、診療情報、介護サービス利用状況等
- 4 個人情報の共有開始の時期
同意が得られた日以降
- 5 使用にあたっての条件
 - ① 個人情報を提供するにあたり、共有する関係者間の個人情報の使用は、目的の範囲内とし、共有にあたっては、関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うことを確認しあいます。
 - ② 個人情報を記載した書類・資料については、使用後に必ず回収します。
 - ③ 個人情報を使用した会議においては、出席者、議事内容等を記録します。※ 個人情報とは、利用者個人及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。

平成 年 月 日

函館市認知症初期集中支援チーム様

本人氏名（署名） _____ 印

訪問支援対象者は、身体の状態等により署名ができないため、訪問支援対象者本人の意思を確認のうえ、私が本人に代わってその署名を代筆しました。

代筆者氏名 _____ 続柄（ _____ ）

立会人 _____