

同意書

社会福祉法人 伏見福祉会
介護老人保健施設 醍醐の里 殿

平成 年 月 日

(契約者・利用者)

私は、介護老人保健施設醍醐の里 通所リハビリテーション・予防通所リハビリテーションを利用するにあたり、重要事項説明書及びサービス内容説明書に基づいて、事業所から重要な事項の説明を受け、利用者負担説明書及び料金表の内容を理解し、サービスを受けること並びにその利用料を支払うことに同意しました。また、個人情報の利用目的（別紙）を理解し、居宅介護支援事業所等必要な機関に対し契約者・契約者の家族または身元引受人に関する情報を提供することに同意致します。

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 () _____

(署名代行者)

私は、下記の理由により、甲の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 () _____

署名を代行した理由 (本人が署名できないため・その他: _____)

(ご家族様または身元引受人)

私は、以上の重要事項の説明を受け、身元引受の責任について理解しました。

住 所 _____

氏 名 _____ 印

甲との続柄 ()

電話番号 () _____

同意書（控）

社会福祉法人 伏見福社会
介護老人保健施設 醍醐の里 殿

平成 年 月 日

（契約者・利用者）

私は、介護老人保健施設醍醐の里 通所リハビリテーション・予防通所リハビリテーションを利用するにあたり、重要事項説明書及びサービス内容説明書に基づいて、事業所から重要な事項の説明を受け、利用者負担説明書及び料金表の内容を理解し、サービスを受けること並びにその利用料を支払うことに同意しました。また、個人情報の利用目的（別紙）を理解し、居宅介護支援事業所等必要な機関に対し契約者・契約者の家族または身元引受人に関する情報を提供することに同意致します。

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 () _____

（署名代行者）

私は、下記の理由により、甲の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 () _____

署名を代行した理由 (本人が署名できないため・その他：)

（ご家族様または身元引受人）

私は、以上の重要事項の説明を受け、身元引受の責任について理解しました。

住 所 _____

氏 名 _____ 印

甲との続柄 ()

電話番号 () _____

介護老人保健施設 醍醐の里

個人情報利用目的

介護老人保健施設醍醐の里では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔介護老人保健施設内部での利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - －入退所等の管理
 - －会計・経理
 - －事故等の報告
 - －当該利用者の介護・医療サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - －利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - －利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - －検体検査業務の委託その他の業務委託
 - －家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - －保険事務の委託
 - －審査支払機関へのレセプトの提出
 - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

〔当施設の内部での利用に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - －当施設において行われる学生の実習への協力
 - －当施設において行われる事例研究

〔他の事業者等への情報提供に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供

平成 24 年 4 月 1 日