個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲で使用することに同意いたします。

１．使用する目的

（１）事業者が、介護保険法に関する法令に従い、私のサービス計画に基づくサービスなどを円滑に実施するために行うサービス担当者会議などにおいて必要な場合。

（２）私が入院など医療機関を受診するときに、当該医療機関に対して個人情報を使用する場合。

（３）事業者が、契約終了によって、私を他の施設へ紹介するなどの援助を行う際に、必要な個人情報を使用する場合。

（４）行政からの調査、外部機関による施設評価などで個人名が特定されない形で報告する場合。

２．使用するにあたっての条件

（１）個人情報の提供は１に記載する目的の範囲で必要最小限にとどめ、情報提供の際には、関係者以外に決して漏れることのないよう、細心の注意を払うこと。

（２）事業者は個人情報を使用した会議、相手方、内容などについて記載しておくこと。

３．　個人情報の内容

氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況その他一切の利用者や家族に関する情報。

４．同意しなかった場合の不都合

サービス調整ができず、一体的なサービス提供ができなくなるなど不都合が生じる場合があります。

５．　使用する期間

申し込み日より契約終了日まで

６．「眠りＳＣＡＮ」「眠りＳＣＡＮeye」に関して

当ホームでは、利用者様の状態に応じた介護をご提供できるように努めており、「眠りＳＣＡＮ」及び「眠りＳＣＡＮeye」を居室に設置しています。

「眠りＳＣＡＮ」は、マットレスの下に敷いて「睡眠・覚醒・起き上がり・離床」の状態や「心拍数・呼吸数（推定値）」を計測できる、非装着・非侵襲のセンサーです。

「眠りＳＣＡＮeye」は、居室にカメラを設置して映像を記録するとともに確認することができるシステムです。

当ホームでは、これらの情報を次の目的で利用いたします。

・利用者の生活習慣や状態に合わせたケア
・見守り
・利用者に適したケアプランの検討
・提供及びその効果の検証・利用者の体調変化の気づき
・その他　利用者への介護の提供

令和　　年　　月　　日

私は、事業者から看護多機能ななほし富里の個人情報の取り扱いについて説明を受けて個人情報の使用に同意いたします。

【ご利用者】　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

【ご　家　族】　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

本人との関係性 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

署名代行の理由 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【身元引受人】　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

本人との関係性 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【事　業　者】　住　所　　千葉県成田市加良部５丁目７番地２
法人名　　医療法人社団つかだファミリークリニック
代表者　　理事長　塚田　雄大　　印

ホームページ及び広報誌等への写真の使用に係る同意書

当法人は、事業活動にとどまらず地域における活動や社会保障制度の改善のための取り組みなどを行っております。法人及び事業所の各種活動や取り組みにおいて、広報や宣伝をはじめ広く情報を発信するにあたり、利用者様・家族様の写真（顔写真を含む）を使用させていただく場合があります。

「個人情報使用同意書」において、法人事業所におけるサービス提供等に関しての個人情報の使用について同意をいただいておりますが、写真は肖像権を含む重要なプライバシーであることに鑑み、「個人情報使用同意書」とは別に、本書面において利用者様・家族様の写真の使用についての同意をいただきたくお願いいたします。

【写真を使用させていただく場合が想定されるもの】

１．事業所における利用者様及び家族様等への通信
２．事業所のパンフレット
３．法人の広報誌
４．法人のパンフレット
５．法人ホームページ及びＳＮＳ
６．法人の関係機関の宣伝物、広報誌等
７．上記 1～6 に付随する紙媒体又は電子媒体での広報宣伝物

※ 写真を掲載させていただく際には利用者様・家族様の氏名が特定されることがないように配慮いたします。
※ 同意をいただいた利用者様・家族様の写真を使用する際に、写真使用の同意をいただいていない方が含まれる場合は、同意をいただいていない方が特定されることがないように加工するなどの配慮をいたします。
※ 本書面の同意の有無は、法人事業所のサービス利用契約及びサービス提供に影響を与えません（本書面の同意が得られないことのみをもって、事業所がサービス契約を解除する、必要なサービスを提供しないことはありません。）。

ホームページ及び広報誌等への写真の使用に係る同意書

法人内・利用者様・ご家族様への通信等での写真使用について
（ 同意します ・ 同意しません ）

法人外の通信・宣伝広報・ホームページなどでの写真使用について
（ 同意します ・ 同意しません ）

令和　　年　　月　　日

【ご 利 用 者】　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

【ご　家　族】　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

本人との関係性 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

署名代行の理由 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【身元引受人】　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

本人との関係性 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【事　業　者】　住　所　　千葉県成田市加良部５丁目７番地２
法人名　　医療法人社団つかだファミリークリニック
代表者　　理事長　塚田　雄大　　印