

在宅サービス利用申込書

訪問診療

訪問看護

※ 利用希望の項目にチェックを入れてください

申請者

住所

氏名

電話

ふりがな		男 ・ 女	生年 月日	明治	年	月	日
氏名				大正			
住所				電話			
緊急時 連絡先	住所						
	氏名			電話			
主治医	病院名			電話			
病名							
現在の状況							
ケアマネ	有 ・ 無						
介護度	未認定 ・ 要支援 (1 ・ 2) ・ 要介護度 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)						
障害障害者 手帳交付	無 ・ 有 (1級 ・ 2級 ・ 3級)						
認知症	無 ・ 有 (軽度 ・ 中度 ・ 重度)						
同居家族	氏名		続柄	氏名		続柄	
近親者							
利用に際して の要望など							

個人情報使用同意書

患者様及びその家族の個人情報につきましては、身体機能の維持、向上が図れるサービス計画の立案、実施及び退所後のサービス事業所との連携を行なうために、主に、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用いたします。

- ① 主治医への「情報提供」
- ② 連携する各医療機関、サービス提供事業所及び居宅介護支援事業所
- ③ 行政機関

☆使用にあたっての条件

- ・ 個人情報の提供は、必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払う。
- ・ 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておく。

☆個人情報の内容(例示)

- ・ 氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況等に関する情報

*個人情報とは、利用者個人及びその家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、また識別され得るものを言います。

説明年月日	年	月	日
事業者	所在地	大津市大萱7番7-2	
	法人名	医療法人 華頂会	
	電話番号	077-545-9191	
	代表者名	理事長 加藤 英材	
	説明者氏名	Ⓔ	

上記の説明を受けましたので、個人情報の使用について同意します。

患者様	住所	
	氏名	Ⓔ
代理人	住所	
	氏名	Ⓔ
代理人	住所	
	氏名	Ⓔ