個人情報使用同意書

私(利用者及びその家族)は、下記記載の内容で、事業者に私の個人情報を提供すること、および、事業者が個人情報を下記記載の内容で使用することに同意します。

令和　　年　　月　　日

事業者	住所	東京都板橋区小茂根4－11－11 一般財団法人精神医学研究所		
	氏名	代表理事　荘　隆一郎		
利用者	住所			
	氏名	印		
利用者家族	住所			
	氏名	印	続柄	
使用する目的	・当所サービスの提供、計画作成、記録、評価、業務改善及びサービスの品質の向上のため ・当所サービスの提供に必要となる社内会議、その他医療・行政機関との会議において情報を共有するため ・サービス提供にあたり、他職種・他事業所との連携および調整のため ・サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等のため ・利用者に病状の急変が生じた場合の主治医・医療機関への連絡のため ・利用者の心身の状況などを家族に説明するため ・保険請求、審査、支払等の保険事務を行うため ・関係法令に基づく行政機関等への報告、監査、指導への対応のため ・事故発生時、苦情対応等における事実確認及び対応のため ・利用者の生命、身体または財産の保護のため、緊急に必要がある場合			
利用期間	サービス提供契約期間に準ずる。			
利用条件	個人情報の提供は必要最小限とし、サービス提供にかかわる目的以外には利用しません。			