

個人情報の利用目的に関する同意書

年 月 日

訪問リハビリテーション ほーむけあ 殿

利用者住所

利用者氏名

代理人住所

代理人氏名

(続柄)

私(利用者)は貴社の運営する訪問リハビリテーションに対し、サービス等の申込みまたは契約の締結にあたり貴社の定めた以下の個人情報の利用目的の達成に必要な範囲で私の個人情報を利用されることに同意いたします。また私が、自署できない場合、代理人が私に代わって個人情報の利用について同意します。

<個人情報の利用目的>

1.医療サービスの提供

- (1)当社の運営する事業所の訪問リハビリサービスの提供
- (2)他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等の連携
- (3)他の医療機関からの照会への回答
- (4)利用者様の診療のため、外部の医師等の意見、助言を求める場合
- (5)検体検査業務の委託、その他業務委託
- (6)ご家族等への病状説明
- (7)その他利用者様への医療提供に関する利用

2.診療費請求のための事務

- (1)当社の運営する事業所の訪問リハビリサービス・公費負担医療に関する事務及びその他委託
- (2)審査支払機関へのレセプト提出
- (3)審査支払機関または保険者からの照会への回答
- (4)公費負担医療に関する行政機関へのレセプト提出、照会への回答
- (5)その他訪問リハビリサービス・公費負担医療に関する診療費請求のための利用

3.訪問リハビリサービスや業務の維持・改善のための基礎資料

4.外部監査機関への情報提供

5.その他以外の利用目的

- (1)訪問リハビリテーションで行われる学生実習の協力
- (2)学会等での発表(原則匿名化 匿名化が困難な場合は利用の同意を得ます)

訪問リハビリテーションほーむけあ

説明者

_____ ㊞