

個人情報使用同意書

私（利用者）及びその家族の個人情報について、以下に記載するとおり必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

1. 使用目的

- 1) ナースアテンダントサービスを円滑に提供するため、担当看護師が利用者の身体状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- 2) 通院付添いサービスの提供を受けている場合で、利用者からの要請により受診先の医師・看護師等に説明する場合。
- 3) ナースアテンダントサービスの提供中、利用者が体調を崩す、或いは、ケガ等で医療機関を受診した際、医師・看護師等に説明する場合。

2. 個人情報を提供する相手

- 1) 付き添いを担当する看護師
- 2) 利用者受診先医療機関の医師・看護師等

3. 使用する期間

ナースアテンダントサービスの提供を受けている期間

4. 個人情報の内容

氏名、生年月日、年齢、性別、住所、身体状況、病歴、家族状況等、看護師付添いサービスを行うために最低限必要な利用者及び家族に関する情報。

平成 年 月 日

株式会社スキルアップ 殿

私（利用者）に関する個人情報を上記のとおり取り扱うことに同意します。

【利用者】

住所 _____

氏名 _____ 印

【利用者家族】

住所 _____

氏名 _____ 印