

泉北園百寿荘デイサービスセンター体験利用申込書

お申込み日 令和 年 月 日

体験希望者情報	ふりがな			性別	男・女	生年月日			
	氏名					明治	大正	昭和	年
	住所	〒 -			電話番号				
					- -				
	要介護度	申請中		要支援(1・2)		要介護(1・2・3・4・5)			
	緊急連絡先情報	氏名				続柄			
	住所	〒 -			電話番号				
					- -				
	希望日時	令和 年 月 日 曜日 : ~ :							
	食事	有(12時を超える利用は原則準備いたします【1食600円】)・無・相談 (主食) ふつう・粥・ミキサー (副食) ふつう・きざみ・ミキサー							
入浴	無・一般・中間(車イス)・寝台				感染症	無・有()			
内服薬の持参(有・無)	食前・食間・食後				(特記事項)				
点眼の持参(有・無)	回数 回・時間 時								
外用薬の持参(有・無)	塗布部位:								
歩行	自立・(杖・歩行器・押し車)使用・車いす(自走・介助)								
排泄	自立・見守り・一部介助・全介助				前日の体調確認				
	下着・紙パンツ・尿取りパット・紙オムツ								
話の理解	出来る・だいたい出来る・あまり出来ない・出来ない・不明				2週間以内の発熱	有()・無			
事業所情報	居宅介護支援事業所名				担当者				
住所	〒 -			電話番号					
				- -					

私は、体験利用を申し込むにあたり、裏面の「泉北園百寿荘デイサービスセンターにおける個人情報
の利用目的」を確認し、その内容に同意しました。

令和 年 月 日 体験利用者様氏名

センター記入欄	受付日	令和 年 月 日		利用日	令和 年 月 日			
	送迎の確認	未・済	食事の確認	未・済	管理者	在宅主任	副主任	受付者
	内服薬確認	未・済	連絡先確認	未・済				
	ケアマネ確認	未・済	前日連絡	不要・必要				

泉北園百寿荘デイサービスセンターにおける個人情報の利用目的

当デイサービスセンターでは個人情報を以下の目的と条件において利用し、その取り扱いについては細心の注意を払います。

《使用目的》

- ・(介護予防)通所介護計画を立案し円滑なサービスが提供されるための担当者会議での情報提供
- ・介護支援専門員と居宅介護支援計画に立案している関係事業所との連絡調整
- ・他のサービス提供事業者または、居宅介護支援事業者からの照会
- ・その他サービス提供に関して必要性があるとき
- ・行政機関が行なうサービス担当者会議または、ケアカンファレンス等
- ・行政関係、関係機関への相談または届け出等
- ・医療機関、主治医との連携
- ・介護保険請求の為の事務関係
- ・賠償責任保険等にかかわる保険会社への相談や届け出等

《使用にあたっての条件》

- ・必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外に漏洩することのないよう細心の注意を払います。
- ・個人情報を使用した場合、その内容や提供した相手についての記録を行ない、要望があれば開示いたします。
- ・情報提供に際しては、利用契約時に「個人情報の取り扱いに係わる同意書」により利用者及びそのご家族からの同意が得られていることを確認いたします。

<付 記>

1. 上記項目について同意しがたい事項がある場合には、その旨をお申し出下さい。お申し出がないものについては同意していただけたものとして取り扱わせていただきます。
2. これらのお申し出は、いつでも撤回、変更等を行うことができます。
3. 個人情報の取り扱い及び管理についてのお問い合わせはご遠慮なく下記の窓口までご相談下さい。

【個人情報を取り扱う事業所】