

## 白井市地域ケア会議への事例提出及び個人情報に関する同意書

私は、自分らしい暮らしを実現するための、よりよい支援（課題改善や自立支援のための各種サービス利用など）を検討するため、私に関する下記の情報を、白井市が開催する地域ケア会議で使用することに同意します。

会議への参加者は、理学療法士などのリハ職、栄養士、歯科衛生士、薬剤師、保健師、社会福祉士、ケアマネジャーなどの専門職で、様々な視点からよりよい支援を検討します。会議で得た情報は外部に漏らさないよう、守秘義務が課されています。会議資料は、当日のみ使用して回収し、各参加者には渡しません。

会議担当/白井市地域包括支援センター（電話047-497-3474）

1. 事例の提出について（いずれかに○をお願いいたします）

- (1) 匿名での提出を希望します
- (2) 氏名を掲載しても構いません

2. 提出する資料（提出してほしくない資料があったら×をお願いいたします）

- (1) 介護保険サービスの利用についてケアマネジャーが作成した計画書やスケジュール
- (2) その他、生活上の課題や長所を記載した情報資料

平成 年 月 日

本人

住所

氏名

Ⓜ

代筆署名者氏名

Ⓜ（続柄： ）