

トータルケア申込書

年 月 日

申込者氏名・代筆した場合は代筆者氏名

ご住所

①運動サポート ②タッチケア ③口腔サポート ④皮膚保湿ケア

上記、適切な選択と体調観察の上 2, 30 分実行

ケア施術者 看護師免許保有 ケア 1 回 3000 円 (2~30 分)

ケア日程調整や変更、中止等は担当者または下記担当までお声がけください。

* 原本を合同会社エンカレッジが保管いたします。

担当：合同会社エンカレッジ 大内 (080-3424-6156)

〒333-0802 埼玉県川口市戸塚東 4-28-6

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は、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。

記

1. 使用する目的

- (1) 円滑に診療サービスを提供するために実施される担当国会議及び医療関係者との連絡調整等において必要な場合
- (2) 利用者が自らの意思によって施設に入所されることに伴う必要最小限度の情報の提供
- (3) 在宅療養をサポートする病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護事業所その他の関係者と連携を図るため、医療従事者や介護従事者その他の関係者が共有すべき介護情報を含む個人情報の提供

2. 使用する事業者の範囲

利用者が提供を受けるすべてのサービス事業者

3. 使用する期間

契約で定める期間

4. 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと
- (2) 個人情報を使用した会議においては、出席者、議事内容等を記録しておくこと

合同会社エンカレッジ 御中

年 月 日

<利用者>

住所

氏名

印(サイン)

<家族の代表>

住所

氏名

印(サイン)

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

<署名代筆者>

住所

氏名

印(サイン)

原本は当社が保管し、コピーをお客様にお渡しします。