

介護老人保健施設シーダ・ウォーク 施設入所サービス(ロングステイ)申込書

新規  再利用

申込受付日 年 月 日

|                          |   |       |           |           |        |
|--------------------------|---|-------|-----------|-----------|--------|
| ふりがな                     |   |       |           | 生年<br>月日  | M・T・S  |
| 利用申込者<br>氏名              | (男・女)   |       |           | 年 月 日( 歳) |        |
| ご住所                      | 〒<br>電話番号 ( )   |       |           |           |        |
| 要介護<br>認定区分              | 申請中( 年 月 日)   | 要介護   | 1 2 3 4 5 |           |        |
|                          | 認定有効期限  | 年 月 日 | ～ 年 月 日   | (認定日      | 年 月 日) |
| ふりがな                     |   |       |           | 生年<br>月日  | M・T・S  |
| 利用申込者<br>代理人氏名           | (続柄: )  |       |           | 年 月 日( 歳) |        |
| 利用申込者<br>代理人の<br>住所連絡先   | 〒<br>※日中の連絡先 電話番号 ( )   |       |           |           |        |
| 現在の状況                    | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他(親族宅等) <input type="checkbox"/> 入院・入所中(病院・施設名 )   |       |           |           |        |
| 現病歴<br>既往歴               | おわかりになる範囲でご記入下さい。   |       |           |           |        |
|                          | 年 月 日～<br>年 月 日   | 病名    | 病院名       | (入院・手術)   |        |
|                          | 年 月 日～<br>年 月 日   | 病名    | 病院名       | (入院・手術)   |        |
|                          | 年 月 日～<br>年 月 日   | 病名    | 病院名       | (入院・手術)   |        |
|                          | 年 月 日～<br>年 月 日   | 病名    | 病院名       | (入院・手術)   |        |
| かかりつけ医<br>(可能な限りお書き下さい。) | 病院名   | 診療科名  | 科         | 先生        |        |
|                          | 病院名   | 診療科名  | 科         | 先生        |        |
| 医療処置                     | <input type="checkbox"/> カテーテル類 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法<br><input type="checkbox"/> 疼痛管理(具体的に )<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |       |           |           |        |
| 希望内容<br>申込理由             |   |       |           |           |        |
| 退所後の<br>予定               | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設入所(手続き中の施設名称 )<br>在宅時のケアマネジャー [事業所名: ケアマネ名: ]  |       |           |           |        |
| 希望居室                     | <input type="checkbox"/> 有料個室 A(専用トイレ付・室料 ¥7,700-) <input type="checkbox"/> 有料個室 B(専用トイレ付・室料 ¥5,500-)<br><input type="checkbox"/> 一般室 C(トイレ共用・室料 ¥0-) <input type="checkbox"/> どこでも可  |       |           |           |        |
| 利用希望<br>日・時期/日数          | 年 月 日～ 年 月 日まで<br>年 月 上 中 下旬ごろから いつでも可  |       |           |           |        |
| 特記事項(生活歴など)              | 介護老人保健施設シーダ・ウォーク<br><b>CEDAR WALK</b><br>〒167-0034 東京都杉並区桃井 3-4-9<br>(相談室直通) TEL 03-5311-6184<br>FAX 03-5311-6188   |       |           |           |        |

※ この申込書は個人情報保護法に準拠して作成しております。詳しくは裏面をご覧ください。  
 ※ ご不明な点がございましたら、シーダ・ウォーク相談室までお気軽にお問い合わせ下さい。

## シーダ・ウォークお申し込みに関する注意事項

本書面は社会医療法人 河北医療財団個人情報保護方針に基づき、介護老人保健施設シーダ・ウォークの実施するサービスを利用開始するために必要な個人情報の使用について、あらかじめ利用申込者本人の同意を得たうえで取り扱うことについて同意を頂く為の書類となっております。

ご提出いただいた申込書に記載されました個人情報は、利用判定会議やサービス実施の為の資料作成に使用いたします。また、関係機関との連絡調整の際にも使用することがございます。

お申し込みにつきましては、「社会医療法人 河北医療財団 個人情報に関する取り扱いについて」「個人情報使用同意書」（下記に記載）を十分ご理解いただいた上で、ご署名をいただきますようお願い致します。

### 個人情報に関する取り扱いについて

社会医療法人 河北医療財団（以下、当財団という）は、患者さんの意思を反映した医療を行うことが基本であると考え、医療に努めてまいりました。具体的には、1995年4月に「私たちの病院の目標」を掲げ、この中に、「患者さんのプライバシーを尊重すること」、「診療情報を患者さん自身に提供すること」等の個人情報に関する目標も謳い、2000年10月には、「個人情報保護方針」を宣言しました。2003年6月にはプライバシーマークを取得し、2015年6月の更新は行っておりませんが、認定に必要とされる要求事項に適合する活動を継続しています。

これらの活動のもと、当財団では、患者さん、利用者のみなさんの診療情報等の個人情報を、下記のとおり、当財団が運営する各医療施設等において提供する医療サービス（介護・健康管理含む）および各施設運営管理の範囲のみで収集・利用し、適正に管理運用しています。

1. 原則として、診療情報等の個人情報を、ご本人の診療・介護・健康管理・運営管理業務の目的以外には使用せず、また、個人情報を外部の第三者に提供いたしません。但し、次に示すような診療情報の共有が必要である場合および外部への委託の場合には、個人情報を外部にお知らせすることがあります。この場合にも、内部規定に従い、信頼のおける業者と契約を交わすなど、不正に利用されないように努めます。

(1) 患者さんに提供する医療サービスにおいて外部への情報提供が必要となること。

①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・保健所との連携

②他の医療機関等からの照会への回答

③患者さんの診療等にあたり、外部の医師等の意見・助言を求める場合

④検体検査業務の委託

⑤患者さんの代理人への病状説明

(2) 医療・介護保険事務において外部への情報提供が必要となること。

①審査支払機関へのレセプトの提出

②審査支払機関または保険者からの照会への回答

(3) 事業者等からの委託を受けて健康診断等を行った場合における事業者等へのその結果の通知

(4) 医師賠償責任保険等に係る医療に関する専門の団体や保険会社等への相談または届出

(5) 都道府県が行う地域がん登録など法令・行政上の対応

2. 上記1に示した日常の医療の提供における直接的な利用目的以外に、間接的に医療の提供に係ることとして、将来に向けた医療の質向上や医療者の養成を目的として、次のような利用を行う場合があります。

(1) 各医療施設内部において行われる、医学・看護学等の症例研究、患者さん・利用者の事故防止の研究、医療の質向上のための研究、学生の実習への協力

(2) 救急医療の質向上を目的として、救急搬送患者さんに関しての消防署への情報提供

(3) 匿名化した上で公的機関もしくはその委託を受けた事業者、学会及び学術的調査研究機関、外部監査機関に対して医療の質向上及び医療者の養成等を目的とする情報提供

3. 患者さんの権利：当財団の管理する全ての個人情報については、ご本人による開示請求・訂正・削除・利用停止等の権利を行使することが可能です。個人情報相談窓口までご相談下さい。開示に際してはコピー費等の実費をご負担いただきます。

4. 上記利用について、同意をいただけない場合には、個人情報相談窓口にお申し出下さい。お申し出がないものについては同意していただいているものとして取り扱わせていただきます。また、同意いただいた後でもいつでもお申し出により不同意に変更することが可能です。なお、ご同意いただけない場合でも、最善の治療を尽くしますが、支障が出る場合もございます。

2007年1月12日（2022年10月1日改定）

東京都杉並区阿佐谷北一丁目7番3号 社会医療法人 河北医療財団 理事長 河北 博文

【お問い合わせ・ご相談は】

個人情報相談窓口…介護老人保健施設シーダ・ウォーク事務長（03-5311-6262(代)）又はCS推進室（03-3339-2121 内線202001）

総合統括管理者…落合 直樹

### 個人情報使用同意書

表面記載のサービスについて、利用開始に向けた一連の諸手続きおよび相談援助等サービスの提供に際し、事業者が知り得た利用申込者、家族、及び利用申込者代理人に関する個人情報について、その目的を達成するために必要とする範囲内で使用することに同意します。

#### 1 同意する範囲

表面記載のサービスを提供するために必要な各サービス計画、サービス担当者会議、居宅介護支援事業者、サービス提供事業者及び医療機関等との間の連絡調整に必要な範囲

#### 1 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第三者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

(2) 情報提供をした日時、場所、相手方、内容などの事実を記録しておくこと。

(3) この同意の有効期限は、利用期限終了日とすること。

(4) 契約終了後も、理由の如何を問わず個人情報を提供しないこと。

|          |  |
|----------|--|
| 事業者      | 住所 東京都杉並区桃井三丁目4番9号<br>事業所名 介護老人保健施設シーダ・ウォーク<br>指定番号 東京都 1357081284 号<br>代表者名 <u>管理者 吉田 晴彦</u><br>電話番号 03-5311-6262 |
| 利用申込者    | 表面 利用申込者欄に記載   |
| 利用申込者代理人 | 表面 利用申込者代理人欄に記載  |