通所型サービスC（短期集中型通所介護）参加同意書

様式３

１　通所型サービスC（短期集中型通所介護）の説明

本サービスは、「住み慣れた地域で、できるだけ自立して自分らしい生活を送り続ける」ために、運動・栄養・口腔、認知症・うつ・閉じこもり予防等の様々な視点から、生活機能の維持と向上を目指します。本サービスの提供期間は３か月から６か月です。６か月後に再び住み慣れた地域で自分らしい生活を送ることができるように、目標を立てて取り組んでいきます。

２　事故防止

本サービスには、運動や栄養改善等の内容が含まれるため、健康状態と本プログラムへの参加についてかかりつけ医等に相談し、事業実施者に報告するなど、事故防止に努めます。

また、睡眠不足、体調不良時等には無理をしない、自分のできる範囲で参加するなど健康管理に努めます。

３　個人情報について

本サービスの実施や支援を行うために、かかりつけ医、地域包括支援センター（ケアマネジャー）、幸田町等の関係者が連絡、情報共有をします。氏名、住所、生年月日、電話番号、介護保険被保険者番号、身体状況、アセスメントや評価結果などの個人情報を利用します。

また、事業の向上のために、個人が識別できる情報を削除・加工し、データを関係機関に提供する場合があります。

　私は、本サービスについての概要や事故防止及び個人情報の取り扱いについて説明を受け、理解しました。参加及び目的に沿って当該個人情報を利用することに同意します。

　　年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

署名代行　　（続柄　　　　）　　　　　　　　　　　　　　㊞