

## 個人情報に関する同意書

私は、指定【計画・障害児】相談支援を利用するにあたり、支援を受けている期間に限り、次の（１）に定める個人情報の提供及び収集について、（２）の条件を付して同意します。

### （１）個人情報

1. 私の心身の状況、置かれている環境や家族の状況などの個人情報を、必要最小限の範囲内で、サービス担当者会議（相談支援専門員が【サービス等・障害児支援】利用計画の作成のために福祉サービス等の担当者を招集して行う会議）の場などにおいて提供すること。
2. 【サービス等・障害児支援】利用計画を作成するために必要があるときは、障害程度区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、認定審査会における審査判定結果・意見及び主治医意見書に関する情報を市町（援護の実施主体）より収集すること。
3. 相談支援専門員が実施するアセスメント（【利用者・障害児】について、その心身の状況、その置かれている環境及び日常生活全般の状況等の評価を通じて【利用者・障害児】の希望する生活や【利用者・障害児】が自立した日常生活を営むことができるよう支援する上で解決すべき課題等の把握）を行うにあたり、これまで関わられた関係機関（※裏面記載）から情報を収集（関係機関が情報を提供）すること。

### （２）条件

1. 個人情報の提供は必要最低限とし、相談支援に関わる目的以外には利用及び提供しないこと。
2. 指定【特定・障害児】相談支援事業所の従事者及び管理者は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た個人情報を漏らさないこと。
3. 指定【特定・障害児】相談支援事業所の従事者及び管理者は、現在勤務している社会福祉法人等を退職した後も、在職中知り得た個人情報を漏らさないこと。
4. 指定【特定・障害児】相談支援事業所の従事者及び管理者は、個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録するとともに、当該経過等を安全に保管すること。

平成 年 月 日

指定特定・障害児相談支援事業所〇〇〇  
社会福祉法人〇〇〇 理事長 様

住所

氏名

印

（家族、後見人等）住所

氏名

印

(裏面)

アセスメント実施にあたり、必要に応じて、関係機関から情報を収集させていただく場合があります。情報収集に同意される場合は、これまで、関わられた関係機関について、○印をお付けいただき、該当機関名をご記入ください。

( ) 指定障害福祉サービス事業者等

事業者名 \_\_\_\_\_

事業者名 \_\_\_\_\_

( ) 児童相談所

相談所名 \_\_\_\_\_

( ) 行政（市町）

部署名 \_\_\_\_\_

部署名 \_\_\_\_\_

部署名 \_\_\_\_\_

( ) 保育所

保育所名 \_\_\_\_\_

( ) 学校

学校名 \_\_\_\_\_

( ) 医療機関

医療機関名 \_\_\_\_\_

( ) その他

機関名 \_\_\_\_\_