

# 利用申込書兼同意書

## (大牟田市短期集中予防サービス事業)

大牟田市長 殿

私は、大牟田市が実施する短期集中予防サービス事業の利用を申込みとともに、利用にあたり、下記の事項に同意します。

年 月 日

住 所 : 大牟田市

利用者氏名 :

生年月日 : 年 月 日

電 話 :

記

### 【同意事項】

1. 本事業で行う評価(よりよいサービス提供を行うためのアンケートや聞き取り調査など)に協力します。
2. サービスの実施にあたり、地域包括支援センターやサービスの提供に関わる関係者と介護予防ケアプラン、申込書の情報及び評価内容について共有されることに同意します。
3. サービスの提供で必要となる物品(個人の所有物となるもの)がある場合、その実費を求める場合があります。(必要になる場合は、事前に説明・相談します。)

【裏面に続く】

### 【確認事項】 緊急時には下記内容を関係機関と共有します。

※かかりつけがない場合は、記入する必要はありません。

かかりつけの医療機関	病院名	
	電話	
治療中の疾病		
緊急時の連絡先	氏名	(続柄: )
	電話	

## 評価・検証にかかる協力をお願い

大牟田市が実施する短期集中予防サービス事業では、その効果や運営にかかる課題などを評価し、より良い運営の参考としています。

本サービスの向上について、以下のとおりご協力いただきますようお願いいたします。

### **【提供記録の利用に関する事項】**

協力いただける項目にチェックをお願いします。

※ チェックいただいた事項は同意いただいたものとし、必要となる際、本サービスを提供する事業所から協力をお願いする場合があります。

### 1 サービス提供の映像・音声記録に関すること

- サービスの様子を（ 写真 動画 音声のみ ）で記録すること
  - ※ 利用前後の変化を記録し、匿名でサービス向上に向けた検討に活用します。
  - ※ 同意いただける場合、協力いただける記録の方法にを記入してください。

（上記の記録に同意いただいた場合）

- 本サービスの普及や、専門職の技術向上を目的とした研修会又は学術的な会議、視察資料等において、匿名・個人の特定ができないよう配慮した上で活用すること

### 2 視察・取材の受け入れに関すること

- 地域包括支援センターやリハビリテーション専門職、他自治体職員が、本サービスの様子を視察すること
- メディア(新聞、介護関連の雑誌、テレビ等)の取材を受けること
  - ※市が行う認知症施策等と関連して、視察や取材の依頼を受けることがあります。

### **【補足事項】**

- 1 記録を含む個人情報、市及び本サービス提供事業所において厳重に管理され、外部に漏れることは決してありません。
- 2 上記【提供記録の利用に関する事項】については、同意した後も、ご本人の意思で自由に修正することができます。
- 3 記録又は視察・取材等に協力いただける場合、大牟田市に依頼があった時点で再度説明いたします。

#### **【担当】**

大牟田市保健福祉部福祉課(地域支援担当)

電話:0944-85-0470 FAX:0944-41-2662