

個人情報の提供および利用に関する説明書

今回、ご提出いただく個人情報については以下のように取扱い、保護します。

- 1 使用目的 医療、保健、福祉、保育、教育などの関係機関と共有し、医療、保健、福祉、保育、教育、災害対策等について検討するため
一例として（１）一宮市内の医療的ケア児の名簿管理・名簿管理更新のための調査票送付
（２）医療的ケアに関する本市の支援施策に関する案内等の送付
- 2 提供先 医療、保健、福祉、保育、教育などの関係機関
- 3 提供または提供先を含む守秘義務
 - （１）個人情報の提供は、上記に記載する目的の範囲内で必要最小限にとどめ、情報提供の際は関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払います。
 - （２）個人情報は一宮市福祉総合相談室で適切に保護し管理します。
 - （３）上記の目的以外に個人情報が必要な場合は、本人または保護者に説明し同意を書面もしくは電磁的な方法でとった上で個人情報を第三者の支援者に提供します。決して無断で個人情報が第三者に提供されることはありません。また、第三者においても守秘義務があるため説明された目的以外で使用することはありません。
 - （４）大規模災害などの有事の場合等、個人情報保護法で定められている内容については、本人や保護者に同意がなくても医療福祉等の関係機関等に個人情報が提供される場合があります。
- 4 医療的ケア児個人情報管理に関する連絡先（取り扱い連絡先）
一宮市役所 福祉部 福祉総務課 福祉総合相談室
電話 ０５８６（２８）９１４５
メールアドレス fukushi-soudan@city.ichinomiya.lg.jp

同意書

見本

一宮市では医療的ケア児の情報を一宮市福祉総合相談室が保管・集約し、この基礎情報記入票の回答にご協力いただいた個人情報を含む内容については、裏面「個人情報の提供および利用に関する説明書」に記載のとおり使用させていただきます。

【 同 意 欄 】

「個人情報の提供および利用に関する説明書」の内容を理解し、個人情報の提供・利用に同意します。

記入日（西暦） 年 月 日

児氏名

署名（保護者氏名・自署）

医療的ケア児基礎情報記入票

下記項目にご記入ください。

① 児の氏名		② 児の生年月日	（西暦） 年 月 日
③ 児の所属	（保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校・その他）		
④ 保護者氏名		⑤ 電話番号	（自宅） （携帯）
⑥ 住所	〒		
⑦ メールアドレス			
⑧ 児の主たる基礎疾患			
⑨ 児が常時必要な医療的ケア	番号に丸を付けてください。 1.人工呼吸器管理（排痰補助装置含む）、2.気管切開の管理、3.鼻咽頭エアウェイの管理、4.酸素療法、5.吸引（口鼻腔、気管内吸引）、6.ネブライザーの管理、7.経管栄養（胃ろう、腸ろう、経鼻等）、8.中心静脈栄養（IVH等）、9.皮下注射（インスリン等）、10.血糖測定、11 継続的な透析、12.導尿、13.排便管理（人工肛門、摘便・洗腸）		
⑩ 児に関わりのある支援機関	該当する ☐ にレ点チェックを入れ、（ ）内に事業所の名称を記入してください。 ☐ 医療機関（ ） ☐ 訪問看護ステーション（ ） ☐ 相談支援事業所（ ） ☐ 障害福祉サービス事業所（ ） ☐ 保健センター（中・西・北） ☐ その他（ ） ☐ 医療的ケア児等コーディネーター（ ）		
⑪ 医療的ケア児等コーディネーター	☐ 相談希望します（上記同意書で情報提供の同意があったものとみなします。） ☐ にレ点チェックを入られた方には、後日、担当の医ケア児等コーディネーターから連絡させていただきます。同封のコーディネーター一覧をご覧ください、直接ご相談していただくことも可能です。		