

地域リハビリテーション活動支援事業における 個人情報についての同意書

立川市長 様

私は、地域リハビリテーション活動支援事業（以下「事業」という。）を利用するに当たり、リハビリテーション専門職等から年齢、心身の状況等に応じて、助言、指導及び継続支援を受けるため次の内容について同意します。

- 1 事業の委託先である公益社団法人東京都理学療法士協会へ次の内容を提供する。
 - (1) 所属するグループに関する情報
 - ア グループ名
 - イ 活動場所及び活動日時
 - ウ 代表者氏名及び電話番号
 - (2) 個人に関する情報
 - ア 氏名
 - イ 住所
 - ウ 生年月日
 - エ 電話番号
 - オ 介護保険サービス利用状況
 - カ 要支援及び要介護度の区分
 - キ 体力測定結果（握力、開眼片足立ち及びタイムアップアンドゴー）
※オ及びカについては、市が把握している場合のみ
- 2 継続支援が必要なときは、上記の内容を地域福祉コーディネーター及び地域包括支援センターに提供する。

年 月 日

住所

氏名
