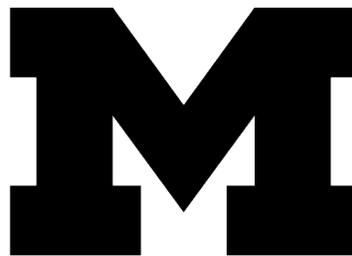


会話を始めましょう：
医療に関する希望を知らせましょう

事前指示書および
医療判断代理委任状
Advance Directives and
Durable Power of Attorney
for Health Care (Japanese)



MICHIGAN MEDICINE
UNIVERSITY OF MICHIGAN

事前指示書ツールキット

このツールキットは、5つの部分から構成されています。5つの部分とは以下の通りです。



始める前に：**事前指示書**について学びましょう。(3 ページ)
このセクションでは、医療ケア計画および作成する必要がある用紙について学んでいきます。



用紙パート A：**医療に関する希望**を知らせましょう。(8 ページ)

この用紙に、患者擁護者がガイドとして役立てることができるよう医療に関する希望を書き留めましょう。このようにしておくと、あなたのケアに当たる人々は、あなたが重病で自分自身の希望を話せない場合にあなたの希望を推測する必要がなくなります。



用紙パート B：**患者擁護者の選択**。(16 ページ)

患者擁護者とは、あなたが重病または自分自身で医療の意思決定ができない状態の時に、あなたに代わって医療の決定を行うことのできる人です。



用紙パート C：**用紙に署名**してください。(17 ページ)

使用する前に、用紙に署名する必要があります。



用紙パート D：**患者擁護者に署名**をお願いしてください。(19 ページ)

患者擁護者は、あなたの擁護者になることに同意するため 19 ページに署名しなければなりません。

希望する部分のみ記入してください。

- ご自身の医療に関する希望をリストにしたいだけの方は、パート A へお進みください (8 ページ)。
- 患者擁護者の指名のみを希望する場合は、パート B へお進みください (16 ページ)。
- 両方をご希望の場合は、パート A とパート B を併せてご記入ください。

必ず 2 名の証人と一緒にパート C に署名をしてください (17 ページ)。



事前指示書のチェックリスト

あなたの希望について考える際やこの小冊子にある用紙を完成させる際には、このチェックリストをガイドとしてお役立てください。

- このツールキットを隅から隅までお読みください。
- すべての質問を書き留めておきましょう。
- 疑問な点は、医師、家族、友人、およびスピリチュアルアドバイザーと話し合ってください。
- 患者擁護者（および患者擁護者代理）となる方を特定してください。
- その方と話し、あなたの患者擁護者となることを望んでいるか確認してください。希望を彼らに伝えましょう。
- このツールキットにあるパートA（医療に関する希望を知らせましょう）およびパートB（患者擁護者の指名）を完成させてください。
- 患者擁護者、家族、またはあなたの医療チームでない方で、証人になってくれる方2名を特定してください。
- 証人立ち合いのもと用紙に署名してください。
- 証人に用紙に署名をしてもらってください。
- 患者擁護者に用紙に署名をしてもらってください。
- 署名済みの用紙のコピーを複数枚用意してください。
- 一枚は、ご自身のコピーとして保管してください。安全かつ簡単に取り出せる場所に保管しましょう。
- 患者擁護者、医療提供者、家族、および友人にコピーを渡してください。
- 定期的にこの書類を見直しましょう。



始める前に

なぜ医療ケアの計画を立てることは重要なのですか？

常に、あなたが受ける治療に関する全ての決定に参加する権利があります。しかし、未来に何が起こるかは誰も予測できません。もしかしたら、あなたが自分で決断を下すことができない事態が起こるかもしれません。このツールキットを見直し、医療に関する希望を述べることにより、あなたの近くにいる人々や医療提供者たちに、あなたがご自身のためにどのような意思決定を行うかを確実に伝えることができます。

どのように始めたらよいですか？

希望を書き留めることが、医療計画を始める上での第一歩になります。事前指示書とは、あなたの医療治療に関する希望を書面にしたものです。ミシガン州では、医療判断代理委任状（DPOA-HC）が最も広く使用されている事前指示書です。DPOA-HCではあなたの患者擁護者を指名することができ、ミシガン州での法的文書になります。

患者擁護者とは何ですか？

患者擁護者とは、あなたが重病または自分自身で医療の決定ができない状態の時に、あなたに代わって医療の決定を行うことのできる人です。患者擁護者を指名することが、あなたのDPOA-HCになります。患者擁護者は、2名の医師によってあなたが自身の決定をすることはできないと判断され、それがあなたの医療記録に記載された場合のみ医療決定を下すことができます。あなたが決断を下すことが可能な状態であればあなたに求められる決断を、患者擁護者が行います。

誰を患者擁護者に選ぶべきですか？

家族や友人の中で、以下の条件に当てはまる人。

- 18歳以上であること。
- あなたをよく知っている人。
- 必要なときにあなたの傍にいることのできる人。
- あなたにとって最善であることを行い、あなたの希望に同意しなかったとしてもあなたの願いに従ってくれる信頼できる人。
- あなたの医療の希望を医師に伝えることのできる人。

患者擁護者を選ばなかった場合は、どうなりますか？

- あなたが重病で自分自身で意思決定ができない場合、担当医はあなたに最も近い家族の方に、あなたのために決定を行うよう頼みます。
- あなたの家族が決定を下すことができない、あるいは決定に合意できない場合、裁判官があなたのために意思決定する人を任命する可能性があります。
- 患者擁護者を選ばない場合でも、あなたはケアを受けることとなります。

私の患者擁護者は、どのような決定を行うことができますか？

あなたの希望にもとづき、患者擁護者は以下に対し合意、拒否、変更、停止、または選択することが可能です。

- 医師、看護師、ソーシャル ワーカー
- 病院または診療所
- 薬、検査、または治療
- 延命処置を受けるかどうか
- 手術を受けるかどうか
- 病院または介護療養型医療施設に行くかどうか
- ホスピスケアを含む、どのような緩和ケアを受けるか

患者擁護者は、あなたの医療記録を見てこれらの決定を行う可能性もあります。

法律では、DPOA-HC にある患者擁護者を**代理意思決定者**として定義しています。これは、彼らがあなたのために医療の決定を行うことを意味します。そのため、あなたの希望を患者擁護者と共有することは非常に重要なことです。

この用紙に記入するあなたの希望は、患者擁護者や医師にとってガイドとなりますが、法的拘束力はありません。

正式に完成された DPOA-HC は法的に認められ、あなたが意思決定を行えない場合に患者擁護者が医療決定を下すことができます。

用紙を記入し全員が署名した後は、どうしたらいいですか？

- この用紙のコピーを医師のオフィスや病院に持参してください。スキャンし医療記録に入れます。
- 以下に挙げる、あなたのケアに関わる人々と用紙のコピーを共有しましょう。
 - 患者擁護者
 - すべての担当医師
 - 看護師
 - ソーシャル ワーカー
 - 家族や友人
- ご自身のコピーは、安全かつ簡単に見つけることのできる場所に保管してください。



あなたの選択に関し、患者擁護者と話してください。

気が変わってもいいですか？

- いつ気が変わっても構いません。
- 用紙に記入した事柄と違っていても、医療治療に関して口頭で述べたあなたの希望は患者擁護者によって尊重されるべきです。
- 気が変わった場合、新しい用紙に記入し署名することが最善です。
 - 変更についてのあなたのケアに関わる人に伝えてください。
 - 新しい用紙を患者擁護者と医師に渡してください。

用紙について質問がある場合はどうしたらいいですか？

- 医師、看護師、ソーシャル ワーカー、患者擁護者、家族や友人のところに用紙を持って行き尋ねてください。

この用紙に載っていない自分の医療の希望を書き留めたい場合はどうしたらいいですか？

- あなたの希望を紙に書き、署名し、日付を記入してください。
- その紙をこの用紙と一緒に保存してください。
- あなたのケアに関わる人々に、あなたの希望を伝えてください。

更に詳しいことを知りたい場合はどこに聞けばいいですか？

医師またはオフィスのソーシャルワーカー等、担当の医療提供者にお話してください。ソーシャルワーカーとお話になりたい方は、800-888-9825 ゲストアシスタンスプログラムに電話をおかけください。そちらで、対応いたします。

ミシガン大学患者教育クリアリングハウスの事前ケア計画のページ、

<http://careguides.med.umich.edu/advance-directives> も併せてご覧ください。

ウェブサイトでは、以下を含む事前ケア計画および事前指示書の情報をご覧ください。



- 事前ケア計画および事前指示書に関するよくあるご質問。



- 蘇生措置拒否 (DNR) 申告書、精神医療選択のための判断代理委任状 (DPOA-HC)、および葬儀代表者指定書類を含む追加の事前指示書の書類。



- リビング・ウィル用紙や会話ツールを含むあなたの希望を書き留めるための追加リソース。



希望を伝え

そして

患者擁護者を指名しましょう (DPOA-HC)

Making Your Wishes Known

and

Naming Your Patient Advocate (DPOA-HC)



パート A : 医療に関する希望を伝えてください

このセクションを利用して、あなたの医療の希望を示してください。

このセクションは、ミシガン州の法的拘束力はありませんが、医師や患者擁護者のガイドとして役立ちます。パート A の質問に回答しても、とばしても構いません。

命に対するあなたの考え

Your Thoughts on Life

生きる価値について考えた時、あなたは以下のどれに当てはまりますか：（一つを選択してください）

When you think about the things that make life worth living, which of the following apply to you: (pick one)

- どんなに病気であっても、私には常に生きる価値があります。

My life is always worth living, no matter how sick I am

- 私にとって意味のあることが出来る場合に限り、私には生きる価値があります。

My life is worth living only if I can do some of the things that are meaningful to me.

- 分かりません。

I am not sure.

二つ目の選択肢を選ぶ場合、あなたが最も共感できる文章の隣に(X)をつけてください：

If you chose the second option, put an (X) next to all the sentences you most agree with:

- 以下のことが出来る場合のみ、私には生きる価値があります。

My life is only worth living if I can:

- 家族や友人と話ができる。

Talk to family or friends.

- 昏睡状態から回復する。

Wake up from a coma

- 摂食、入浴、あるいは自身のケアができる。
Feed, bathe, or take care of myself.
- 痛みから解放される。
Be free from pain.
- 機械なしで生きていられる。
Live without being hooked up to machines.
- (ナーシングホームではなく) 自宅で生活できる。
Live at home (as opposed to a nursing home).
- その他 : _____
Other
- 分かりません。
I am not sure.

死を迎えるならば、次の場所を望みます : (一つを選択してください)

If I am dying, I prefer to die: (pick one)

- 自宅。
At home
- 施設 (病院、ホスピス、またはナーシングホーム)。
At a facility (hospital, hospice, or nursing home).
- 分かりません。
I am not sure

宗教やスピリチュアリティは、あなたにとって重要ですか?

Is religion or spirituality important to you?

- いいえ はい
No Yes

もしお持ちであれば、あなたの宗教は何ですか? _____

If you have one, what is your religion?

あなたの宗教やスピリチュアリティについて担当医が知っておくべきことは何ですか？

What should your doctors know about your religion or spirituality?

分かりません。

I am not sure.

葬儀やメモリアルサービスに関する希望はありますか？ 音楽、朗読、またはその他の希望があれば、その情報を記入してください。

Do you have any hopes for your funeral or memorial service? You can include information on music, readings, or any other requests that you may have.

分かりません。

I am not sure.

その他の希望や人生に関する思いなど、分かち合いたいことはありますか？ どのように扱われたいか、どのようにしたら快適になるか、またはその他の希望をこちらに記入してください。

Do you have any other wishes or thoughts on life that you would like to share? You can include information on how you would like to be treated, made comfortable, or any other requests that you may have.

分かりません。

I am not sure.

臓器提供についてのあなたの希望

Your Wishes About Organ Donation

担当医はあなたの死後、臓器提供について尋ねるかもしれません。臓器を寄付する(提供する)ことは、命を助けることとなります。あなたの希望を教えてください。

患者擁護者が近親者ではなく、あなたの死後、患者擁護者にあなたに代わって選択をしてもらうことを希望する場合は、葬儀代表者指定書類をご記入ください。

あなたが最も同意できる選択肢の隣に(X)を付けてください。

Put an (X) next to the one choice you most agree with.

- すべての臓器の提供を希望します。

I want to donate all my organs.

- これらの臓器のみの提供を希望します：

I want to donate only these organs:

- 臓器提供を希望しません。

I do not want to donate my organs.

- 患者擁護者の判断に任せます。患者擁護者に判断を委ねる場合、彼らはあなたの死後に決定を行うことができます。

I want my Patient Advocate to decide. If you let your Patient Advocate decide, they can make that choice after you die.

- 分かりません。

I am not sure.

臓器提供に関し他に考えをお持ちですか？ そうであれば、こちらにご記入ください。

Do you have any additional thoughts on donating your organs? If you do, please write them here.

生命維持に関する希望を伝えましょう

ご自身で話すことができない場合、患者擁護者が生命維持に関する決定をします。延命治療とは、あなたが長く生きられるように手助けをする医療ケアです。



あなたが希望する治療と希望しない治療の種類について、担当の医療提供者、家族、患者擁護者と話してください。

ほとんどの治療は、試してみて効果がない場合は、治療を停止することができます。これらの選択に関し、担当医療提供者と話し合うことは重要です。

病気の場合、医師や看護師は常にあなたに不快感がないように、そして痛みを最小限に抑えられるように努めます。あなたに最適な方法を試みます。

選択する前に、以下のすべての選択肢をお読みください。1つを選択してください。

私が重病で死が近づいている場合：

Please read all options below before you make your choice. Select one option. If I am so sick that I am dying:

- 私は、たとえ回復しないとしても生命維持を含む医師が効果があるかもと考えるすべての治療を試すことを希望します。

I want doctors to try **all treatments** that they think might help, including life support even if it may not help me get better.

- 私は、効果が得られるかもと医師が考えるすべての治療を試したいと思いますが、私があまりにも重病で、回復の兆しが少ないと考えられる場合は、生命維持を希望しません。

I want doctors to do everything they think might help me, but, if I am very sick and have little hope of getting better, I do **not** want to stay on life support.

- 私は、自然死を望みます。私は、延命治療を希望しません。

I want to die a natural death. I want no life support treatments.

- 私は、医師からの情報や私の命に対する考えをもとに患者擁護者が意思決定を行うことを望みます。

I want my Patient Advocate to decide for me with the help of information from my doctors and my thoughts on life.

- 分かりません。

I am not sure.

治療に対して特定の希望をお持ちの方は、こちらに記入してください。

If you have any specific preferences for treatments, please write them here:

あなたに死が近づいている時、患者擁護者は以下のことができます。

In the event you are dying, your Patient Advocate can:

- スピリチュアルリーダーを呼ぶ。
Call in a spiritual leader.
- ホスピスケアに加入する。
Enroll you in hospice care.
- 可能であれば自宅で死を迎える、あるいは病院で死を迎えるか決定する。
Decide if you die at home, if possible, or in the hospital.
- あなたの快適さを確保し、痛みの管理をする。
Ensure your comfort and pain control.

医療に関するその他の希望：

My other wishes for my health care:

患者擁護者へのインストラクション

重病の時、患者擁護者にあなたが死に至るような決定を下すことを許可する場合は、以下の文章の下に署名をしてください。

ミシガン州の法律ではあなたが患者擁護者に許可した場合のみ、患者擁護者は延命治療やCPR（心肺蘇生法）の拒否または停止をすることができます。

患者擁護者にその許可を与える場合は、下に署名してください。患者擁護者にその許可を与えない場合は、このセクションを省略してください。



患者擁護者に、私が重病の時、私が死を迎えることができるような生命維持や治療の決断を下してくれることを希望します。これらの決断を下す際、患者擁護者が、私が提供した指示通りに行うことを望みます。

I want my Patient Advocate to make decisions about life support and treatments that would allow me to die when I am very sick. When making these decisions, I want my Patient Advocate to follow the guidelines I have provided.

ここに署名することにより、患者擁護者にこの許可を与えます。

Sign your name here to give this power to your Patient Advocate



この用紙を患者擁護者に見せてください。

あなたがどのような医療を希望するのか話してください。



DURABLE POWER OF ATTORNEY (DPOA-HC)

パート B : 患者擁護者の指名

氏名 Your Name

生年月日 Date of Birth

患者擁護者とは、あなたが重病または自分自身で医療の決定ができない状態の時に、あなたに代わって医療の決定を行うことのできる人です。

あなたが重病で、2名の医師によってあなた自身では医療の意思決定ができないと判断された場合、患者擁護者にあなたのために意思決定を行うよう頼みます。あなたが希望する意思決定を行ってくれる信頼できる人を選んでください。もし第一希望の方が無理な場合、決定をしてもらう一人または複数名の人を指名しても構いません。これら追加の方々は、継承者もしくは第二患者擁護者となります。

私は、自分自身で医療に関する決定を行えなくなった場合、この人物が患者擁護者になることを希望します。

I want this person to be my Patient Advocate if I can no longer make my medical decisions for myself.

名 First Name

姓 Last Name

番地、ストリート Street Address

市 City

州 State

郵便番号 Zip

自宅の電話番号 Home phone

勤務先の電話番号 Work phone

携帯電話番号 Cell phone

第一希望の人物がそれを行うことができない場合、私はこの人物が、私が医療決断ができない場合、それを行い、後任患者擁護者になることを望みます。

If the first person cannot do it, then I want this person to make my medical decisions when I cannot and be my successor Patient Advocate.

名 First Name

姓 Last Name

番地、ストリート Street Address

市 City

州 State

郵便番号 Zip

自宅の電話番号 Home phone

勤務先の電話番号 Work phone

携帯電話番号 Cell phone

DURABLE POWER OF ATTORNEY (DPOA-HC)**パート C : 署名**

この事前指示を使用可能にする前に、以下のことを行ってください。

- 18 ページに署名をしてください。
- 18 ページに証人 2 名に署名をしてもらってください。

証人は以下の条件が**必須**です。

- 18 歳以上であること。
- あなたがこの用紙に署名することを目撃し、同日に署名すること。

以下の人は証人には**なれません**。

- あなたの患者擁護者。
- あなたの医療提供者。
- あなたの医療提供者のところで働いている人。
- (ナーシングホームまたはグループ ホームに住んでいる場合) あなたが住んでいる場所で働いている人。
- あなたの配偶者、親、子供や孫、または兄弟や姉妹。
- (お金や財産を得るなど) あなたの死後に金銭的恩恵を受ける人。
- あなたの加入している保険会社で働いている人。

証人 2 名は、この事前指示書を読む必要は**ありません**。

証人はあなたが用紙に署名するところを目撃し、彼ら自身も同日中に用紙に署名する**必要があります**。

あなたがこの用紙に署名する際、あなたは明確に考えられる状態で強制的に署名させられたものではないことを、彼らは署名することにより誓います。あなたの証人になることのできる人物の例としては、近所の人、教会のメンバー、または友人が含まれます。

この用紙を完成させるために、公証人や弁護士は**必要ありません**。

DURABLE POWER OF ATTORNEY (DPOA-HC)**1. 署名 Your Signature**

署名をしてください Sign your name 日付 Date

活字体で名 Print Your First Name 活字体で姓 Print your Last Name

番地、ストリート Street Address 市 City 州 State 郵便番号 Zip

生年月日 (月/日/年) Date of Birth (Month/Day/Year)

**2. 証人の署名 Witnesses' Signatures**

署名することにより、_____が私の立会いのもと署名したことを誓います。
(患者氏名)

証人は明確に考えられる状態で、署名は強制されたものではありません。

By signing, I promise that _____ signed this form while I watched.
(patient name)

They appeared to be thinking clearly and were not forced to sign it.

第一証人 Witness #1

署名をしてください Sign your name 日付 Date

活字体で名 Print Your First Name 活字体で姓 Print your Last Name

番地、ストリート Street Address 市 City 州 State 郵便番号 Zip

第二証人 Witness #2

署名をしてください Sign your name 日付 Date

活字体で名 Print Your First Name 活字体で姓 Print your Last Name

番地、ストリート Street Address 市 City 州 State 郵便番号 Zip

DURABLE POWER OF ATTORNEY (DPOA-HC)



パートD:患者擁護者による承諾

患者擁護者は、この用紙を必ず読んで署名してください。

患者擁護者として:

- 自分自身の利益ではなく、常に患者にとっての最善の利益を優先して行動する必要があります。
- 2名の医師により患者が重病のため自分自身で意思決定することはできないと判断された時のみ、患者擁護者は患者のための決断を下し始めることができます。
- 患者が普段はできないであろう意思決定をすることはできません。
- 妊娠中の患者が死にいたるような治療停止をすることはできません。
- 患者が、あなたにその決断ができると明らかにしている場合、治療を停止し、または、治療を始めずに、患者に自然死を迎えさせてあげるという決断をすることができます。
- 患者擁護者として支払いを受け取ることはできませんが、患者の医療費用として立て替えた分の金額を返済してもらうことは構いません。
- 法により規定されているように、患者の権利を保護しなければなりません。
- 臓器提供に関する患者の希望に反する決定を下すことはできません。
- 患者は、いつでもあなたを患者擁護者から解任することができます。
- あなたは、いつでも患者擁護者を辞任することができます。

署名することにより、私はこの書類に記載されていることを理解し、

_____ (患者名)の患者擁護者になることに同意します。

By signing, I am saying that I understand what this document says and that I will be the Patient Advocate for _____ (name of patient).

患者擁護者の署名 Patient Advocate's Signature

日付 Date

第二患者擁護者の署名 2nd Patient Advocate's Signature

日付 Date



事前指示書の最終チェックリスト

このチェックリストをガイドとして役立て、下記の事柄が終了しているか確認してください。

- 信頼できる人を患者擁護者として選んだ。
- 患者擁護者、家族、またはあなたの医療チームでない方 2 名を証人として指名した。
- 証人の前で用紙に署名した。
- 証人に用紙に署名をしてもらった。
- 患者擁護者に用紙に署名をしてもらった。

次に何をすればいいですか？

- 用紙のコピーを作成してください。
- 担当の医療提供者へコピーを渡してください。
- 担当の医療提供者に、この用紙をあなたの医療記録に含めてもらってください。
- 患者擁護者に用紙のコピーを渡してください。
- 家族や友人に用紙のコピーを渡してください。
- 安全で簡単に見つけられる場所に、用紙のコピーを保管してください。
- 一年に一度、あるいは必要に応じて用紙を見直してください。

Review the form once a year or as needed.

用紙の内容に合意できない場合、新たな用紙を作成してください。同意する場合は、
下欄を使用してを再確認してください。

○ 日付 _____ イニシャル _____ ○ 日付 _____ イニシャル _____
Date Initial Date Initial

○ 日付 _____ イニシャル _____ ○ 日付 _____ イニシャル _____
Date Initial Date Initial

- お望みなら、以下のカードを作成し、財布に保管してください。

<hr/>		
活字体で氏名	署名	日付
<input type="checkbox"/> 私は、医療判断代理委任状を持っています。		
私は、患者擁護者、家族、および医師と自身のケアについて話し合いました。私が自分の意思を伝えることができなくなった場合、以下の者に連絡してください。		
<hr/>		
擁護者氏名	電話番号	

<hr/>		
Print your name	Signature	Date
<input type="checkbox"/> I have a Durable Power of Attorney for Health Care		
I have discussed my care with my patient advocate, family, and doctor. If I am unable to speak for myself, please contact:		
<hr/>		
Advocate Name	Telephone Number	

(c) 2017 年、ミシガン大学理事。事前指示書：あなたが重病時にどのように扱われたいかについて話しましょう、は [クリエイティブ・コモンズ表示-非営利-継承 4.0 ライセンス](#) 下にてご利用できます。

出典：

- [カリフォルニア医療事前指示書](#)、(c) 2015 年 Rebecca Sudore 医師。 [クリエイティブ・コモンズ表示-非営利-継承 2.0 ライセンス](#) 下にてご利用いただけます。
- [ヘンリーフォードヘルスシステムによる事前指示書と医療判断代理委任状](#)。（上記の二次的著作物）。 [クリエイティブ・コモンズ表示-非営利-継承ライセンス](#) 下にてご利用いただけます。

(c) 2017 Regents of the University of Michigan. *Advance Directives: Have a say about how you want to be treated if you get very sick* is made available under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 License](#).

Adapted from:

- [California Advance Health Care Directive](#), (c) 2015 Rebecca Sudore, MD. Available under the [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 2.0 License](#).
- [Advance Directives and Durable Power of Attorney for Health Care by Henry Ford Health System](#). (Derivative work of the above). Available under the [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike License](#).



MICHIGAN MEDICINE
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Discrimination is Against the Law!

Michigan Medicine complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex.

Michigan Medicine does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex.

Michigan Medicine provides free aids and services to people with disabilities to help communicate effectively while receiving care, such as:

- Qualified sign language interpreters; and
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats and other formats).

Michigan Medicine provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified language interpreters; and
- Information written in other languages.

If you need these services while at Michigan Medicine, contact Interpreter Services at 734-936-7021.

If you believe that Michigan Medicine has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance with:

Patient Civil Rights Coordinator
Michigan Medicine
2901 Hubbard
Ann Arbor, Michigan 48109-2435
Phone - (734) 936-6439
Fax - (734) 347-0696
Email - MichMed_patients_rights@med.umich.edu

You can file a grievance in person, by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Patient Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. This can be done electronically, through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 800-537-7607 (TDD)

Complaint forms are available at:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call our Interpreter Services office at **734-936-7021** and identify your language. If you would like information regarding your rights and responsibilities as a patient, please ask your Michigan Medicine care provider.

Si usted habla **español** tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **877-810-4719** y pida que le conecten con la oficina de los Servicios de Interpretación al 734-936-7021. Si desea usted obtener información con respecto a sus derechos y responsabilidades como paciente consulte, por favor, con su proveedor de atención médica de *Michigan Medicine*.

إذا كنت تتحدث **اللغة العربية**، فخدمات المساعدة اللغوية متوفرة مجاناً لك. اتصل على **855-800-9252** واطلب التواصل مع مكتب خدمات الترجمة الشفوية على الرقم **734-936-7021**. إذا كنت ترغب في معلومات متعلقة بحقوقك ومسؤولياتك كمرضى، يرجى أن تطلب من مقدمي رعايتك في "طب ميشيغان".

如果您说**中文**，您可以获得语言协助的免费服务。请拨打 **877-810-4720**，请求连接到翻译服务办公室（734-936-7021）。如果您想获得关于病人权利和责任的资料，请向您的密西根医学部的提供者咨询。

Nếu bạn nói tiếng **Việt**, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi đến số **844-590-8944**, và yêu cầu được kết nối với văn phòng Dịch Vụ Thông Dịch theo số 734-936-7021. Nếu bạn muốn thông tin về quyền và trách nhiệm của mình với tư cách là bệnh nhân, vui lòng hỏi bác sĩ chăm sóc Michigan Medicine của bạn.

Nëse ju flisni **shqip**, atëherë ju ofrohen shërbime gjuhësore, pa pagesë. Thirrni numrin **844-562-3982** dhe kërkoni që t'ju lidhin me zyrën e përkthyesve në numrin 734-936-7021 dhe tregoni se cilën gjuhë e flisni. Nëse dëshironi informacion në lidhje me të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja si pacient, ju lutemi kontaktoni dhe pyesni ofruesin e kujdesit shëndetësorë të Michigan Medicine.

한국어를 하시는 분들께 통역 서비스가 무료로 제공됩니다. **855-938-0571** 로 전화하셔서, 통역 서비스 사무실 전화 번호인 734-936-7021 로 연결해 주도록 요청하십시오. 환자로써의 권리와 책임에 관한 정보를 원하시면, 미시간 메디신 (Michigan Medicine) 의 의료진에게 문의하십시오.

আপনি **বাংলায়** কথা বললে, বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা পাবেন। **734-936-7021** নম্বরে আমাদের দোভাষী পরিষেবার অফিসে ফোন করে আপনার ভাষার (Bengali) নাম বলুন। অংশগ্রহণকারী হিসাবে আপনার অধিকার ও কর্তব্যের সম্পর্কে জানতে চাইলে আমাদের মিশিগান মেডিসিন কেয়ার প্রোভাইডারের সঙ্গে যোগাযোগ করুন।

Jeśli mówisz **po polsku**, możesz skorzystać z bezpłatnych usług tłumaczeniowych. Zadzwoń pod nr **844-562-3986** i poproś o połączenie z biurem usług tłumaczeniowych pod nr 734-936-7021. W przypadku chęci uzyskania informacji dotyczących praw i obowiązków pacjenta zwróć się do dostawcy usług medycznych Michigan Medicine.

Wenn Sie **Deutsch** sprechen, stehen für Sie kostenlos Sprachassistentendienste zur Verfügung. Rufen Sie **844-562-3984** an und lassen Sie sich mit dem Dolmetscherdienst unter der Rufnummer 734-936-7021 verbinden. Informationen über Ihre Rechte und Pflichten als Patient erhalten Sie über Ihren Gesundheitsdienstleister bei Michigan Medicine.

Si parla **italiano**, avrà gratuitamente a disposizione servizi gratuiti di assistenza linguistica. Chiami il numero **844-562-3985** e chiedi di essere messo in contatto con l'ufficio per i servizi di interpretariato (Interpreter Services) al numero 734-936-7021. Se desidera informazioni sui suoi diritti e responsabilità come paziente, consulti il suo referente sanitario Michigan Medicine.

日本語をお話になる方は、無料で言語支援サービスをご利用になれます。 **855-322-5032** に電話をかけ、通訳サービス課 734-936-7021 につなぐようお願いください。患者としての権利と責任に関する情報をお望みの場合は、ミシガン・メディシンの医療提供者にお問い合わせください。

Если Вы говорите **по-русски**, услуги переводчиков будут предоставлены Вам бесплатно. Звоните по телефону **855-938-0572** и попросите, чтобы Вас соединили со службой переводчиков по телефону 734-936-7021. Если Вы хотите получить информацию о правах и обязанностях пациента, попросите об этом Вашего врача из системы Мичиганской Медицины.

Ako govorite **hrvatski/srpski**, dostupna Vam je besplatna podrška na Vašem jeziku. Kontaktirajte našu prevoditeljsku službu na broj **734-936-7021** i recite kojim jezikom govorite (Serbo-Croatian). Ako se želite informirati o svojim pravima i obvezama kao pacijenta, molimo Vas da se obratite pružatelju skrbi u sklopu Sveučilišta Michigan.

Kung nagsasalita ka ng **Tagalog**, may mga magagamit kang libreng serbisyo sa tulong sa wika. Magtanong sa tanggapan ng aming Mga Serbisyo ng Interpreter sa **734-936-7021** at tukuyin ang iyong wika (Tagalog). Kung gusto mong makakuha ng impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan at responsibilidad bilang isang pasyente, mangyaring tumawag sa iyong provider ng pangangalaga sa Michigan Medicine.

Si vous parlez **français**, les services d'aide pour les langues sont à votre disposition et sont gratuits. Appelez le **855-800-9253** et demandez à être mis en relation avec le bureau du Service des interprètes au 734-936-7021. Si vous souhaitez des informations concernant vos droits et responsabilités en tant que patient, veuillez les demander à votre professionnel de santé de Michigan Medicine.

اگر شما به زبانی غیر از انگلیسی صحبت میکنید. سرویس ترجمه ی رایگان با شمار **844-562-3983** ه در دسترس سان میباشد. بعد از اینکه با این شماره تماس گرفتید. بلافاصله با شماری ه دفتر ترجمه ی ما با **734-936-7021** تماس بگیرید و زبانی که صحبت میکنید را با ما در میان بگذارید. اگر میخواهید اطلاعات مربوط به حقوق و تکالیف خود را به عنوان یک بیمار دریافت کنید. لطفاً از کسی که شما را معالجه میکند در Michigan Medicine آنها رقته اضا کنید.

अगर आप **हिंदी** बोलते हैं, तो भाषा सहायता सेवाएँ आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध होंगी। **734-936-7021** पर हमारे व्याख्याकार सेवा अधिकारी को कॉल करें और अपनी भाषा (Hindi) की पहचान करें। अगर मरीज़ के रूप में आपको अपने अधिकारों और ज़िम्मेदारियों के बारे में जानकारी चाहिए, तो कृपया अपने मिशिगन चिकित्सा देखभाल प्रदाता से पूछें।