

Michigan Medicine Family and Friends Outpatient (Japanese) 家族と友人リスト 外来患者用	MRN: NAME: BIRTHDATE:
----------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

この用紙は、下のリストに記載されている人物に医療情報や医療記録へのアクセスを許可するものではありません。* ミシガンメディスンスタッフに患者の電子医療記録へのアクセスを許可するには、「電子患者情報を閲覧するための許可」という用紙を記入して下さい。**この用紙は、家族および/または友人が自分の医療に関する口頭での話し合いに参加できるようにという私の要望を文書化したものです。下記のリストに記載されている人物は、私のケアに参加したり、また私の意思決定をサポートするために必要な口頭での情報を受けとることができます。この用紙に署名することにより、私はミシガンメディスン外来クリニックのスタッフ***と下記の人物が私について話し合うことを許可します。この情報には、診断、検査結果、治療の選択肢、過去の外来診察時または入院時の情報を含みます。 **This form does not give the people listed below the right to access medical information or medical records.* To give a Michigan Medicine employee authorization to electronically access the patient's electronic medical record, please fill out the form titled "AUTHORIZATION TO VIEW ELECTRONIC PATIENT INFORMATION".** This form documents my request to allow family members and/or friends to be involved in verbal discussions regarding my health care. The people listed below may receive any verbal information needed to participate in my care or to help me make decisions. By signing this form, I permit staff within outpatient clinics*** at Michigan Medicine to discuss information about me with the people listed below. This information may include diagnoses, test results, treatment options and other information from previous outpatient or inpatient services.**

- 私は、この用紙に署名することは任意であり、連邦および州の法律で許可されている場合、この用紙がなくても家族や他の人に私の情報が開示される場合があることを理解しています。**** I understand that signing this form is voluntary and that information may be released to family members or others without this form, if allowed by federal and state law.****
- 私は、この用紙に名前を記載しても、その人物に私の医療記録を受け取ったり複製したりする権利を与えるわけではないことを理解しています。 I understand that listing people on this form does not give them the right to receive or copy my medical records.
- この用紙に名前を記載しても、その人物が私の代理として医療行為に同意することを許可するわけではありません。It does not allow them to consent for health care services on my behalf.
- この用紙が自分の情報の制限を要請するための書類ではないことを理解しています。I understand this form is NOT to be used to request a restriction of my information.

氏名 NAME	電話番号 PHONE	患者との関係関係 RELATIONSHIP

次の情報は、ミシガン州の法律による特別な保護下にあり、情報を開示する為には患者の(または未成年(18歳未満)の場合、親または人格代表者の)明確な許可が必要です。この情報は、所定の箇所に私のイニシャルがある場合にのみ上記に記載された人物に情報開示を許可します。 The following information has special protection under Michigan law and will not be disclosed without the patient's (or, in the case of a minor patient (under age 18), the parent's/personal representative's) explicit permission. This information will be made available to the people I've listed above only if I indicate my approval by initialing the line(s) below:

_____ HIV/エイズまたは性的感染症、性病、結核、肝炎などの伝染病に関する情報 HIV/AIDS or other communicable diseases including sexually transmitted diseases, venereal disease, tuberculosis, and hepatitis

_____ 避妊/避妊具/妊娠/出産前サービス/中絶 Birth control/birth control devices/pregnancy/prenatal services/

Michigan Medicine Family and Friends Outpatient (Japanese) 家族と友人リスト 外来患者用	MRN: NAME: BIRTHDATE:
------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

abortion

_____ 精神的疾患に関する情報 Mental health services

薬物乱用障害の情報については、この書式に署名しても開示されません。連邦法で別途の書面許可書が必要とされています。

Substance Use Disorder information will not be disclosed by signing this form. Federal law requires a separate written authorization.

新しい用紙を作成し臨床スタッフに手渡すか次の住所に郵送/ファックスを送信することによりいつでもこの用紙を更新することができます。Michigan Medicine, Health Information Management - Release of Information, North Campus Administrative Complex, 2901 Hubbard, Box 2435, Ann Arbor, MI 48109-2435 (Fax 734-936-8571)。私は、書面による通知を上記住所に郵送またはファックスを送信することにより、いつでもこの用紙を無効にすることができます。取り消しまたは更新されない限りこの用紙には有効期限はありません。I can update this form at any time by completing a new form and either giving it to my clinical staff or forwarding it to: Michigan Medicine, Health Information Management - Release of Information, North Campus Administrative Complex, 2901 Hubbard, Box 2435, Ann Arbor, MI 48109-2435 (Fax 734-936-8571). I can revoke or cancel this form at any time by sending written notification to the same address (or fax). This form does not expire unless revoked or updated.

_____/_____/_____
患者または（患者が未成年か署名ができない場合は）法的後見人の署名 日付 (月/日/西暦年)
Signature of Patient or Legally Authorized Representative (if patient is unable to sign) Date (mm/dd/yyyy)

法的に許可された代理人の氏名を活字体で記入して下さい（委任状または法的保護者の証明が必要）

Printed Name of Legally Authorized Representative (proof of power of attorney or legal guardianship required)

関係： 配偶者 親 最近親者 法的後見人 医療判断代理人
Relationship: Spouse Parent Next-of-Kin Legal Guardian DPOA for Healthcare
 その他(詳細を記入): _____
Other (specify): _____

* 医療記録のコピーおよびその他の必要書類の開示許可については、ウェブサイト

<http://www.uofmhealth.org/Patient+and+Visitor+Guide/medical-records> をご覧頂くか電話番号 (734) 936-5490 までご連絡下さい。

* For AUTHORIZATION TO RELEASE COPIES OF A MEDICAL RECORD and other required forms, go to:

<http://www.uofmhealth.org/Patient+and+Visitor+Guide/medical-records> or call (734) 936-5490.

**電子患者情報を見るための許可に関しては、ウェブサイト <http://www.med.umich.edu/him/ROI.pdf> をご覧ください。

**For Authorization to View Electronic Patient Information go to: <http://www.med.umich.edu/him/ROI.pdf> *

****プライバシー保護に関する情報は、下記のウェブサイトをご覧ください。 <https://www.uofmhealth.org/patient-visitor-guide/protecting-your-privacy-hipaa>

****Refer to our Notice of Privacy Practices at: <https://www.uofmhealth.org/patient-visitor-guide/protecting-your-privacy-hipaa>

70-10190	VER: B/18 HIM: 06/18	Medical Record	 MICHIGAN MEDICINE UNIVERSITY OF MICHIGAN	Family and Friends Outpatient
----------	-------------------------	----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------