

Integrated Child Healthcare Arrangement

(統合型児童医療施設)

プライバシー慣行に関する通知

この通知は、あなたやあなたのお子さん、又はあなたが責任を負っている患者さんに関する医療情報がどのように使用又は開示されるのか、また、その情報にはどのようにしてアクセスできるのかについて説明するものです。注意してお読みください。

これは、私達が治療、支払い、医療活動やその他の合法的目的のためにあなたの保護医療情報をどのように使用・開示するかを説明するための、法律によって義務付けられている正式な通知です。また、この通知は、あなたの保護医療情報（PHI: Protected Health Information）にアクセスする権利や、同情報をコントロールする権利について説明するものです。

この通知に記載されている条件は、この『プライバシー慣行に関する通知』が適用される統合型児童医療施設として活動することを自発的に選択した以下の全ての企業法人（以下「ICHA」と総称）について適用されます。

独立・合併法人

Greater Ohio Orthopedic Surgeons
Ohio Urology, Inc.
Children's Anesthesia Associates
Children's Surgery Center, Inc.
Pediatric Academic Association
Partners for Kids, Inc.

関連法人

Children's Hospital
Children's Research Institute
Children's Hospital Foundation
Children's Surgical Associates Corp.
Children's Radiological Institute, Inc.
Children's Homecare Services
Center for Child and Family Advocacy
Pediatric Clinical Trials International
Pediatric Pathology Assocs. of Columbus

保護医療情報（以下「PHI」又は「あなたのPHI」）は、あなた又は患者さんを個人的に特定し得る、人口統計学的情報や請求に関する情報を含むあなた又はあなたが責任を負っている患者さんに関する情報であり、過去、現在、将来の健康状態並びに関連する医療サービス及び支払いに関するものです。

これは、私達が全ての医療記録及び情報を厳重な機密として保管する意図であることを通知するものです。

あなたのPHIの使用・開示目的

治療のため 私達は、医療及び関連サービスの提供、コーディネート、管理のためにPHIを使用します。これには、他の医師、看護師、技術者、オフィス要員又はあなたの主治医から要請された治療及びサービスを提供するサービス提供者（専門家、検査機関、装具専門家、義肢専門家など）とのコミュニケーションを含みます。例えば、あなたの担当医、看護師又はソーシャルワーカーが治療をコーディネートするために、あなたを担当する他の医師又は医療提供者に医療情報を提供することがあります。

支払いのため 私達は、あなたがICHA又はあなたを治療した別の医療提供者から受けたサービスに対する支払いを保険会社又は第三者機関から受けるために、PHIを使用することがあります。これには、治療前の審査や承認、受給資格及び給付額の決定、医療上の必要からあなたに提供された審査サービス、利用状況審査手続の実施が含まれます。例えば、私達は、事前承認が必要かどうかや、あなたの保険プランで当該サービスが保障の対象になっているかどうかを判断するために、診察や往診、手術、検査などの前にあなたの保険会社に問い合わせることがあります。

業務運営のため 私達は、業務活動を補助するためにPHIを使用又は開示することがあります。業務活動には、同領域の専門家による評価、職員評価活動、臨床上の改善、学生又は研修医の訓練もしくは教育、医学教育の継続、認定、保険及び認可手続、及びその他の業務活動の実施及び手配を含みますが、それらに限定されません。例えば、私達は患者さんを診察する研修医や学生を訓練するためにあなたのPHIを使用する場合があります。また、品質保証などの目的で、その法人にあなたとの医療上の関係がある場合は、別の医療施設、専門家又はプランにあなたのPHIを開示する場合があります。

予約及びサービスのため 私達は、オフィスでの治療又は診察の予約があることを忘れないようにしていただくため、あなたに連絡することがあります。また、検査結果を連絡することもあります。あなたには、代替的手段又は代替的な場所で私達から自分のPHIに関する連絡を受けることを要請する権利があり、私達はあなたの合理的な要請に対応するよう図ります（「あなたの権利」を参照してください）。

業務提携者 私達はあなたのPHIを、私達のために様々な業務（例：請求、記録の転写）を代行する第三者である「業務提携者」と共有します。業務提携者との契約にPHIの使用又は開示が含まれる場合は、PHIのプライバシー保護条件を含む契約書を作成します。

あなたの医療に関与するその他の人 あなたが開示しないよう要請しない限り、私達は、あなたの家族、親戚、親友又はあなたが特定するその他の人に対して、患者さんの医療におけるその人の関与に直接関係するPHIを開示することがあります。かかる開示についてあなたが同意できない、又は拒否する場合、私達が専門家としての見識に基づいて患者さんのために最善であると判断した場合は、必要に応じてかかる情報を開示することがあります。私達は、家族、人格代表人又は患者さんに責任を負うその他の人に通知するためや、通知を助けるために、患者さんの所在地や大体の状態を開示することがあります。

コミュニケーション上の障害 私達は、私達やあなたの担当医、又は別の医師があなたから同意を得ようとしてもコミュニケーション上の大きな障害によりそれが不可能な場合に、その医師が専門家としての見識によってあなたがその状況下では使用又は開示に同意する意思であると判断した場合は、PHIを使用又は開示することがあります。

緊急時 緊急治療が必要な状態においては、PHIを使用又は開示する前にあなたの同意は必要とされません。 私達は同意を得よう試みますが、必要に応じて治療及びPHIの使用及び開示を進めます。このような事態が生じた場合、私達は合理的にできる限り早くあなたの同意又は拒否を得るよう図ります。

製品及びサービス: あなたが拒否しない限り、私達は、私達が提供する代替的治療法又はその他の医療関連の特典制度やサービスについての情報をあなたに提供するために、あなたのPHIを使用・開示することがあります。例えば、あなたにとって役立つ可能性のある製品やサービスに関するニュースレターを送付するために、あなたの氏名や住所が使われることがあります。

同意書の取消し: あなたは、書面での通知を私達に提出することにより、いつでも同意書を取消することができます。あなたの取消しは私達がそれを受領した時点で有効となりますが、その時より前に行われた使用及び開示には適用されません。あなたが同意書を取消した場合、私達が治療や支払い、又は医療活動の目的で情報を使用したり開示したりすることは許されなくなるため、あなたに対する治療及びサービスの提供を中止する決定をすることがあります。

その他のPHIの使用及び開示は、この通知に記載の通り、法律で別段に許可又は義務付けられていない限りは、あなたの書面での許可がある場合にのみ行われます。あなたは書面でいつでも許可書を取消することができます。

入院患者名簿及び募金活動: あなたがチルドレンズ・ホスピタル関連法人の治療を受けている場合、あなたが拒否されない限りは、患者さんの氏名を入院患者名簿で開示します（氏名、部屋、大体の状態、帰依する宗教）。さらに、あなたが拒否されない限りは、私達のために又は私達を代表として募金活動にご協力いただくようご連絡することがあり、またあなたは以下のような活動に関心があるかという問い合わせを治療中又は治療後に誰かから受けることがあります。

- あなたのお話を募金活動やニュースレターの記事、募金活動用ビデオ、ダイレクトメール及びその他のマーケティング関連活動に利用させていただくこと
- 入院中に有名人又は運動選手の訪問を受けること
- 記者会見、オーケストラの演奏会などの催しや、施設の内外で行われるその他の催しに参加すること

あなた及び患者さんは、上記のような活動に参加しないという選択がいつでもできるようになっており、入院時に書面でその旨を伝えるか、Children's Hospital Foundation, 700 Children's Drive, Columbus, OH 43205に宛てて参加を希望しないという旨の書面を送ることにより、正式に不参加とすることができます。

以下のような場合には、あなたの同意又は許可なくPHIを使用・開示することがあります。

法律で義務付けられている場合 私達は、連邦法、州法又は現地法によって開示が義務付けられている場合、PHIを開示することがあります。かかる開示についてあなたに通知される場合もあります。開示が必要な事柄には、銃で撃たれた傷や家庭内暴力、虐待やネグレクトの被害者が含まれます。また、職場でのけがや病気のためにあなたの治療をした場合には、あなたのPHIをあなたの雇用主に開示することがあります。

公衆衛生 私達は、病気、けが、障害の予防や抑制のためといった公衆衛生上の理由からあなたの医療情報を開示したり、出生や死亡、事故によらない身体傷害、医薬品に対するアレルギー反応（例えばFDA（米食品医薬品局）に協力するため）、製品に関する問題を報告したり、市民の安全にとって重大な危険があると思われる場合に報告したりすることがあります。

医療の監督 監査、調査、視察、認可などの目的で、医療監督当局にPHIを開示することがあります。特定の州や連邦の当局にとっては、医療システム、政府のプログラム、公民権法の遵守状況の監視のためにこのような開示が必要になることがあります。

法的手続 司法又は行政上の手続の過程において、適用される全ての法的義務に従い、裁判所命令、罰則付召喚令状、開示請求又はその他の令状に応じてPHIを開示することがあります。

法の執行 法執行機関の当局者の要請を受けた場合は、適用される全ての法的義務に従い、罰則付召喚令状、令状、召喚状又は同様の令状に応じて、PHIを開示することがあります。また、本人確認、所在確認や逮捕の目的で限られた情報を提供したり、犯罪の被害者に関する情報、犯罪行為の結果死亡したのではないかという疑い、犯罪が当施設内で発生した場合、又は犯罪が起きた可能性がある医療上の緊急事態（施設外）に関する情報を提供したりすることがあります。

検死官、監察医、葬儀社 私達は、本人確認目的や死因の特定のため、又は法によって認められた職務を遂行するこれらの人達のためにPHIを開示することがあります。

健康及び安全 私達は、連邦法及び州法によって認められている場合に、特定の人又は市民の健康と安全に対する重大で差し迫った危険を防ぐか、又は軽減するためにこの情報が必要であると確信するときにPHIを開示することがあります。

軍、復員軍人、国家安全保障機関、諜報機関 軍司令部又はその他の政府当局によって要請された場合は、手当等の受給、適切な軍司令部が必要とみなす活動、国家安全保障活動及び諜報活動（大統領又は警護を受ける

ことが法律で認められているその他の人物の警護)を遂行する上での資格を判断するという目的のために、軍隊、国家安全保障機関、諜報機関の要員である、又は過去にそうであった個人のPHIを開示することがあります。

労働者災害補償 労働者災害補償法及びその他の法律によって設置された同様なプログラムに従うことが認められている場合に、PHIを開示することがあります。

被収容者 私達は、あなたが矯正施設の被収容者であり、担当医が治療を提供する過程であなたのPHIを作成又は受領した場合には、PHIを開示することがあります。

研究 研究者の研究提案を審査し当該のPHIのプライバシーを確保するためのプロトコルを確立した施設内倫理委員会がその研究を承認した場合には、あなたのPHIを使用したり研究者に開示したりすることがあります。

オハイオ州法 オハイオ州法では、HIV検査の成績や結果、AIDSもしくは関連疾患の診断を開示する前にあなたから同意を得るように義務付けています。

あなたの権利 以下はPHIに関するあなたの権利についての説明です。

あなたには、自分のPHIを検分し写しを取る権利があります。 あなたは、あなた又はあなたのお子さんに関するPHIを検分し、写しを入手することができます。全ての要求はあなたに医療を提供している法人又は施設に対し書面でなされ、患者さんか、患者さんが未成年である場合は患者さんの親の方もしくは法定後見人によって署名されていなければなりません。私達は、全ての複写料金と、郵送された場合は郵送料を請求します。但し、連邦法の下では、あなたに特定の種類のPHIを検分又は複写する権利がないことがあります。場合によっては、あなたのかかるPHIへのアクセスを拒否した私達の判断について再審査を受ける権利が認められていることもあります。

あなたには、PHIの使用と開示の制限を要求する権利があります。 あなたは、治療、支払い又は医療活動の目的でPHIのいかなる部分も使用したり開示したりしないことを私達に要請することができます。また、あなたは、自分の治療又は治療に対する支払いに関与する自分の家族又は友人にPHIが開示されないように要請することもできます。要請は、要請される具体的な制限及びその制限を適用する人を記述したものでなければなりません。

あなたの担当医には、あなたが要請する制限に同意する義務はありません。PHIの使用を許可することがあなた又はあなたのお子さんにとって最善であると担当医が信ずる場合には、PHIの使用は制限されません。あなたの担当医が要請される制限に同意する場合、私達は緊急治療を提供するために必要でない限りは、その制限に反してPHIを使用しないことがあります。

あなたには、代替的手段又は代替的な場所で秘密を守った連絡を私達から受ける権利があります。

あなたには、私達が医療上の事柄を特定の方法又は特定の場所であなたに連絡するよう要請する権利があります。私達は合理的要請には対応します。要請理由についてあなたに説明を求めることはありません。この要請は書面にてなされなければなりません。

あなたには自分のPHIを修正する権利がある場合があります。 あなたに関して私達が持っているPHIが不正確又は不十分であると思われる場合、あなたは情報の修正を私達に要請することができます。あなたには、その情報が当オフィスによって保管されている限り、修正を要請する権利があります。その場合、あなたにはMedical Record Amendment / Correction Form (医療記録の修正 / 訂正フォーム) に記入し提出していただく必要があります。書面でない場合や要請の根拠となる理由が含まれていない場合には、あなたの修正要請を拒否することがあります。さらに、あなたが修正を要請した情報が私達の作成したものではなかったり、私達が保管している医療情報の一部でなかったり、あなたに検分及びコピーすることが許されていないものであったり、又はその情報が既に正確で十分なものであったりした場合には、あなたの要請を拒否することがあります。

あなたには、私達が行った特定の開示についての説明を受ける権利があります。 この権利は、治療、支払い、医療活動目的以外の開示について適用されます。あなたには、2003年4月14日より後になされた多くの開示に関する具体的な情報を受ける権利があります。この要請は書面で提出しなければなりません。開示情報リストを提供するのにかかった費用をあなたに請求することがあります。

あなたには、この通知の紙の写しを要請に応じていかなる時でも私達から入手する権利があります。 あなたはこの通知の受取確認書に署名するよう求められます。

この通知の変更 ICHA又はその自発的参加施設は、いかなる時でもこの通知の対象から外れたり、この通知を修正又は変更したり、将来受け取る情報だけでなく、私達が既に保持しているあなたの医療情報についても改訂又は変更した通知を有効とする権利を留保しています。通知の改訂は、オフィスに連絡して要請していただければ入手できます。更新されたICHAプライバシー関連通知、又はこの通知の対象から外れた場合の別法人の通知は、改訂から60日以内に該当する全ての参加施設によって掲示されます。

苦情 あなたのプライバシーに関する権利が侵害されたと思われる場合は、あなたが治療を受けている施設又は法人に苦情申立て用の書式を請求し、苦情申立書を提出することができます。また、侵害を受けてから180日以内に、書面にてワシントンDCのSecretary of Health and Human Services (保健・社会福祉長官) に苦情を申立てることもできます。苦情申立ての提出により報復を受けることはありません。

あなたは、この『プライバシー慣行に関する通知』の受取確認書に署名するよう求められることがあります。この通知は2003年4月14日に発行され有効となりました。

保護対象となっている医療情報への アクセス又は開示の許可

目的に印をつけてください: _____ 医療記録の確認又はアクセス _____ 第三者への写しの引き渡しを要請

私はここに、オハイオ州コロンバスのチルドレンズ・ホスピタルに対し、以下の指示通りに私の個人医療情報を開示する許可を与えます。

(患者の氏名) (生年月日) (CHI MR#: 医療記録番号)

(住所) (市町村) (州) (郵便番号) (電話番号)

1. 引き渡される／開示される記録の内容:

- 精神科、薬物、アルコール及びHIV/AIDSに関する情報又はそのいずれかを含む入院患者記録
日付を指定 _____
- 精神科、薬物、アルコール及びHIV/AIDSに関する情報又はそのいずれかを含む要約
日付を指定 _____
- 精神科、薬物、アルコール及びHIV/AIDSに関する情報又はそのいずれかを含む緊急治療部の記録
日付を指定 _____
- クリニックの記録 (正確な場所と日付を示してください) _____
- 精神科、薬物、アルコール及びHIV/AIDSに関する情報又はそのいずれかを含むその他の外来患者記録
日付を指定 _____
- その他の記録 (具体的に書いてください) _____

2. 記録を開示する個人又は法人の名前:

CHIは、上記に示した私の個人医療記録を以下の個人又は個人のグループに引き渡すことができます。(完全な名前と住所を記入してください)

(名前) (電話) (ファクス)

(住所) (市町村) (州) (郵便番号)

3. 上記の情報の許可を得てする使用又は開示の目的は以下の通り:

- 新しい治療提供者への記録の移転
- 保険審査又は保険に関する紛争
- 弁護士による確認
- 学校の試験
- 個人的使用
- その他 (具体的に) _____

その他の情報:

1. 私は、上記の情報を受け取る個人又は法人が、連邦のプライバシー関連法規の対象となっている医療提供者又は医療保険制度ではないこと、上記の情報がかかる個人又は法人によって再び開示されることがあり、よって連邦のプライバシー関連法規の保護を受けなくなる可能性があることを理解しています。
2. 私は、CHIの『プライバシー慣行に関する通知』に記載の通りに、CHIが本許可書に依拠して既に措置を取っている場合を除いて、Children's Hospital Health Information Management Department 700 Children's Drive, Columbus, OH 43205に取消状を送付することにより、本許可書をいつでも書面にて取り消すことができることを理解しています。
3. 本許可書は下記の場合に無効となります。(該当する場合に印をつけてください)
 - 研究調査の終了時 (許可書が研究調査又は研究用データベースや研究資料庫の創設及び維持を目的とするものである場合にのみ適用)
 - その他 (適用期日又は特定の出来事を記入) _____

4. 私は、自分には本許可書に署名する義務はなく、本許可書に自分が署名することをCHIが自分に対する治療の提供又は支払いの条件とすることは無いことを理解しています。ただし、CHIは、研究目的の個人医療情報の使用又は開示のために自分が本許可書に署名することを、かかる研究に関連した治療を自分に提供するための条件とすることがあります。また、CHIは、本許可書に自分が署名することを、第三者に開示するための保護医療情報の作成のみを目的とした医療を自分に提供するための条件とすることもあります。

5. 私は、チルドレンズ・ホスピタルには、以下のうち1つ又は複数の理由により、私のアクセス要求の全部又は一部を拒否することが法律で認められていることを理解しています。

- 私のアクセス要求書に私（患者）又は私の代表者の署名がない場合
- 私のアクセス要求書に私の代表者が署名しているが、その代表者が私を代表する権限の根拠に関する情報を提供していない場合
- 私が写し又は検分を要求した情報をCHIが持っていない場合
- 私が要求した情報が私達の記録の一部でない場合
- 私の要求するものが心理療法の記録である場合
- 私の要求が訴訟目的で集められた情報を含む場合
- 私の要求が私達の検査室によって保管されている法律によりアクセスが禁じられている情報を含む場合;
- 私の要求が私の治療を含むまだ進行中の研究の過程で作成又は入手された情報を含んでおり、かつ私が研究への参加を承諾したときにこのようなアクセス拒否について同意済みである場
- 認可を受けた医療従事者が、要求したアクセスによって私又は別の人の生命もしくは安全が危険にさらされるか、私又は別の人に相当の被害を及ぼす可能性があるかと判断した場合
- 私の要求が情報を複写するためのものであり、かつ私が矯正施設の被収容者である場合（情報を検分する権利は保持しています）
- 私の要求が秘密の情報源から入手された特定の情報に関するものであり、CHIにはその情報へのアクセスを提供することが法律によって義務付けられていない場合

6. 私は、チルドレンズ・ホスピタルが通信サービス又は複写サービスを雇い、私には要求したいかなる写しについても料金を前払いする義務があることを理解しています。（注：放射線／レントゲンフィルムは放射線科（Radiology Department）によって処理されるようになっており、別の料金体系があります。詳しくは放射線科に直接お問い合わせください。）オハイオ州法の定める料金体系は以下の通りです。

事務料: 15.00ドル（該当する場合）
 1～10ページは1ページ 1.00ドル
 11～50ページは1ページ 0.50ドル

50ページを超える場合は1ページ 0.20ドル
 マイクロフィッシュ又はマイクロフィルム・メディア上の全ての記録は1ページ1.50ドル
 郵送実費（記録を郵送する場合）

 該当する場合、人格代表者氏名

 人格代表者と患者との関係又は人格代表権の説明

 患者又は患者の人格代表者の署名
 （口頭による許可である場合は、上記にその旨を注記し誰が許可したかを記録）

 日付

 Name of Children's Hospital representative（チルドレンズ・ホスピタル代表者氏名）

 日付

For Office Use Only

Verification of Identity

Check all means of verification as applicable

In Person	In Writing	Over Phone
<input type="checkbox"/> Driver's License or other government issued picture ID <input type="checkbox"/> If no picture ID, 3 forms of identification with name on them <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Verified patient/parent information in SMS. <input type="checkbox"/> Verified signature against documents already on file	<input type="checkbox"/> Billing address <input type="checkbox"/> Patient's Date of Birth <input type="checkbox"/> Mother's SSN <input type="checkbox"/> Child's middle name <input type="checkbox"/> Social Security Number <input type="checkbox"/> MR# or Account # if known <input type="checkbox"/> Insurance ID number <input type="checkbox"/> Auditory recognition/voice recognition

全般的同意書

治療に対する同意:

私及び私の(両)親もしくは保護者又はそのいずれか*は、オハイオ州コロンバスのチルドレンズ・ホスピタル社の医師、看護師及び職員、並びに治療にあたる医師及びその他の医師** (もしくは助手/被指名人) もしくは人に対し、

患者名 _____

のための診断、治療及び世話をを行うために必要となり得る全てのことを行う許可を与えることに同意します。

(*以下、本同意書中では「私」は「私及び私の(両)親もしくは保護者又はそのいずれか*」を指すものとします。(**以下、本同意書中では、「チルドレンズ・ホスピタル」は「チルドレンズ・ホスピタル社、担当の医師、その他の医師又は人」を指すものとします。)

私は、私の衣服又は所持品が紛失した場合又は**感染症にかかった場合に**、病院が責任を負わないことを理解しています。

チルドレンズ・ホスピタルは、手術又は処置の間に採取・摘出された組織、標本、部分、内臓を保管、保存、使用又は適切に廃棄することができます。これらの標本は、診断、教育、研究プログラムのために使用されることがあります。私は、この病院が教育病院であり、私自身も病院の教育、研究、訓練プログラムの中に含まれていることを理解しています。また、私は該当するそのようなプログラムに関して参加及び追跡調査、又はそのいずれかのために連絡を受けることがあることも理解しています。

患者の権利及び責任(裏面を参照):

私は、自分には自分の治療及び治療計画に関する決定に参加する権利があることを理解しています。私には、チルドレンズ・ホスピタルにいる間、常に患者用身分証明証を身に付けておく責任があります。さらに私の親、家族、保護者、面会人にも、常にチルドレンズ・ホスピタル専用の身分証明証を身に付けておく責任があります。

医療情報の開示についての同意:

私は、チルドレンズ・ホスピタルに対し、臨床、身体、精神、薬物アルコール、HIV又はAIDSなどの情報(州及び連邦の司法機関及び認定機関が必要とする情報を含む)を、私の主治医、照会元の医師又は照会元/照会先の医療提供者、並びに保険会社もしくは自分の医療費支払いを援助してくれる組織、又はそのいずれかと共有、開示、交換する許可を与えることに同意します。チルドレンズ・ホスピタルは、私が補助を申請した、又は申請する可能性があるいかなる福祉機関に対しても情報を提供することができます。

保険給付金の譲渡:

私は、チルドレンズ・ホスピタルに対し、自分の保険会社又はその他の第三の支払人に請求する許可を与えることに同意し、また、それらの保険会社又は支払人が提供された医療サービスに対してチルドレンズ・ホスピタルに直接支払いを行うことを許可します。私は、これを許可しなければ保険会社が給付金を自分に送るであろうということ、そしてチルドレンズ・ホスピタルにその給付金を譲渡する責任は自分にあることを理解しています。チルドレンズ・ホスピタルは、私が受給者である場合、Medicare (メディケア) 又はMedicaid (メディケイド) に請求額の支払いを依頼することができます。私は給付金支払いの申請をする上で自分が提出した情報が正確であることを肯定します。

支払責任:

私(該当する場合は保証人)は、保険給付の出ない請求額を含めて、私が受けた医療に対する全ての請求額を支払います。私は、家族数及び収入に関して自分がチルドレンズ・ホスピタルに提出した情報は自分の知る限り正確であることを証明します。

チルドレンズ・ホスピタル社の料金の開示:

私には一般的な医療及び外科的処置の料金表を見る権利があります。私は、この料金表又は自分の請求書について、Patient Accounts Department (患者会計部) に質問することができます。

チルドレンズ・ホスピタルからの退去:

私は、医師の指導に反して治療を中止する決定をした場合には、病院及び医師には私が病院を去った後のいかなる悪い結果にも責任がないことを理解しています。

『プライバシー慣行に関する通知』の受取確認:

私はここに、自分の保護医療情報がチルドレンズ・ホスピタル社(CHI)によって利用又は開示され得る方法について規定しており、そのような情報に関する自分の権利を説明した統合型児童医療施設(ICA: Integrated Child Healthcare Arrangement)のプライバシー慣行に関する通知1通を 受け取った 拒否した ことを認めます。

外来(外来検査室、レントゲン又はオフィス/クリニック)患者のためのオプション:

私が外来患者(検査、オフィス/クリニック、レントゲンその他の外来患者)である場合は、変更又は取消の希望を病院に書面で通知するまでは本同意書を有効とすることに同意します。監護権に変更があった場合は、次に来院した際チルドレンズ・ホスピタルに通知します。

_____ 来院の度に全般的同意書に署名するオプションの方を希望します。

『患者の権利及び責任』の写しを受け取り、質問に対する答えを得ました。

署名 _____ 署名 _____
18歳以上の患者 日付 _____ 立会人 日付 _____

署名 _____ 署名 _____
患者が18歳未満の場合、両親/保護者 日付 _____ 両親/保護者氏名を活字体で記入

所番地 _____ (_____)
市町村名 州 郵便番号 市外局番 電話番号

FOR OFFICE USE ONLY – 親の方へ この覧には記入しないでください。

Advance Directives: Is the patient 18 years or older? Yes _____ No _____
If yes, was booklet provided? Yes _____ No _____
Does an Advance Directive exist? Yes _____ No _____
Has actual Advance Directive document been placed on the medical record (behind consent form)? Yes _____ No _____
Initials: _____ Date: _____ Initials: _____ Date: _____

児童権利章典

チルドレンズ・ホスピタルの患者として、私及び私の両親、家族、保護者、面会者は、以下の権利及び責任を有します。

権 利

個人として正しく識別され、名前と呼ばれること。

笑顔と愛情のこもった治療を受けられること。

注意深い診察と治療を与えられること。

自分の担当の医師、看護師や自分の治療を手伝ってくれる他の人達の名前を知ること。

清潔である、乾いている、安全である、快適である、できる限り拘束されない、という基本的な必要を満たされること

邪魔されずに眠ること、静かな時間、プレイルーム、学校、両親や家族が快適であることなど、できるだけ正常なスケジュールを持つこと、スケジュールはできる限り私の都合を考慮して組まれること。スケジュールによってはこれが可能でない場合もあり、私はそのような場合もあり得ることを理解しています。

検査や処置のスケジュールは自分を必要以上に長く空腹又はのどが乾いたままにしないものであること。

自分の治療の質に差し支えない場合にできる限り選択をすること。

泣いたり、騒いだり、痛いことを嫌がること

両親が自分と一緒にいられるときは、治療に差し支えない限り一緒にいてもらうこと

家族や自分のためにできる限り通訳を付けてもらうこと

自分に何が起きているのかを教えてもらい、自分の質問に対して自分に理解できる言葉で正直に答えてもらうこと

自分の病気について秘密を守ってもらうこと

倫理上の検討を受けられること

医師達は、自分が最良の治療を受けられるように、専門家として自分の状態について話し合うのであることを理解すること。このような話し合いは、自分の病床を挟んで、又は病室の中や廊下で行われることもある。自分の両親又は自分には、できる限り何が起きているのかを知る権利がある。

健康状態を害することなくできるだけ早く退院すること。

自分の医療記録にアクセスし確認することができること。

『プライバシー慣行に関する通知』を受け取ること。

開示についての説明、代替的コミュニケーション方法、自分の医療記録の修正、自分の医療情報についての使用制限を求めること。

責 任

チルドレンズ・ホスピタルの身分証明証を常に身に付けておくこと。

自分の健康についての情報を提供すること。

自分の状態の変化を報告すること。

治療計画や自分がどうすればいいのかがわからないときには、自分の治療をする人に伝えること。

自分の治療計画に従うこと。

自分が治療計画に従わないことにした場合、どのような結果になるかを知っていること。

治療を拒否した場合、その結果は自分の責任であることを知っていること。

チルドレンズ・ホスピタルの患者のケアと行動に関する規則に従うこと。

他の患者やスタッフの権利も尊重すること。

騒音、喫煙や人の迷惑になることをコントロールするのに協力すること。

自分の家族と自分のために通訳を提供するのにできる限り協力すること。

他の人やチルドレンズ・ホスピタルの所有物を尊重すること。

特定の活動を書面で断ることに関する責任など、HIPAAに基づく自分自身の責任を知り、理解すること。