

UNIVERSITY OF MICHIGAN HOSPITALS & HEALTH CENTERS	REG NO (MRN)
Patient Acknowledgement, Assignment of Benefits for Healthcare & General Consent for Healthcare Services (Japanese)	NAME
患者様の承諾事項、医療報酬の査定、治療に対する全般的同意	BIRTHDATE
	CSN

Notice of Privacy Practices Acknowledgement プライバシー保護実施のお知らせについての確認:

I hereby acknowledge that I have been offered or received the University of Michigan Hospitals and Health Centers (UMHHC) Notice of Privacy Practices.

ミシガン大学病院およびミシガン大学ヘルスセンター(以下UMHHC)の「個人情報の管理とプライバシー保護に関する通知」について説明を受け、希望に応じ資料を受け取りました。

Patient / Representative Initials 患者・患者の代理人のイニシャル: _____

Important Patient Information Acknowledgement 重要な患者情報についての確認:

I hereby acknowledge that I have been offered or received the University of Michigan Hospitals and Health Centers (UMHHC) Important Patient Information.

UMHHCの「重要な患者情報」について説明を受け、希望に応じ資料を受け取りました。

Patient / Representative Initials 患者・患者の代理人のイニシャル: _____

Agreements 同意事項:


1. Assignment of Medical Benefits 医療報酬の査定

Except as barred by any agreement between my insurance company and University of Michigan Hospitals and Health Centers (UMHHC) or by state or federal law, I understand that I will be responsible for my co-payments, deductibles or other charges for medical services not covered or paid by insurance or other third party payers. I assign all rights and benefits to UMHHC in order to facilitate reimbursement for health care services. I will help UMHHC follow up on these claims.

契約中の保険会社とUMHHCとの間の取り決め、および州法や連邦政府の法律で禁じられている場合を除き、窓口負担金(コーペイ)[co-payments]や自己負担金[deductibles]や保険会社や第三者が請け負わない費用の支払い義務が私自身にあることを承知します。医療報酬の償還を促すため、自分の権利や受益権の全てをUMHHCに委ねます。また医療報酬請求に関してUMHHCへの協力を惜しみません。

2. General Consent to Receive Health Care Services 医療サービスを受けることに対する全般的な同意

I agree to receive health care services such as medical, dental, psychological, nursing and/or other health care, which may include procedures, tests, drugs, and treatment necessary to my care. I understand that UMHHC provides a continuum of care and that various UMHHC departments, such as home health, infusion, orthotics, prosthetics and durable medical equipment may contact other healthcare providers such as skilled nursing and sub-acute rehabilitation facilities and provide them with the minimum necessary information to facilitate my ongoing care or transfer of care. I know that my signature provides consent for UMHHC to share this information as needed and provides permission for these services to contact me once the physician writes an order. I know that I have a right to consent to or refuse to consent to any future care and to discuss this care. My health care provider will

31-10087	VER: A/11 HIM: 10/11	Medical Record		Patient Acknowledgement, Assignment of Benefits for Healthcare & General Consent for Healthcare Services (Japanese)
----------	-------------------------	----------------	---	---

Patient Acknowledgement, Assignment of Benefits for
Healthcare & General Consent for Healthcare
Services (Japanese)

REG NO (MRN)

NAME

BIRTHDATE

CSN

患者様の承諾事項、医療報酬の査定、治療に対する全般的同意

discuss specific care/interventions including procedures with me and obtain a specific consent. Invasive procedures and special treatments, such as immunizations or blood product administration, require specific consents. I know that the practice of medicine is not an exact science and outcomes may be different for each patient.

医学的、歯学的、精神的、看護的サービスあるいはその他の治療を受けることに同意します。受けるサービスには自分の治療に必要な手技、検査、薬剤または治療なども含まれます。UMHHCが継続的な治療を行うことを理解します。またUMHHC系列の在宅医療機関、輸液センター、義肢装具科、人口装具科、恒久的医療器具サービス機関などが高度看護施設や高度回復期リハビリテーション施設に連絡を取り、私の今後の治療を促すために最低限必要な情報を開示する場合があることも承知します。この用紙に署名をすることにより、今後UMHHCが必要に応じて情報を共有することに同意し、医師が指示を出した後に関係機関が私に連絡をとることを了承することになるということは承知します。今後のあらゆる治療について、それを受けることに同意したり、拒否したりする権利があることを承知します。また今回の医療行為についてさらに検討する権利があるということも理解しています。担当医が手技を含め特定の医療行為や医療介入について私と話し合いを持ち個別に同意を取ります。予防接種や血液製剤投与などの侵襲的手技や特別な治療には特定の同意書が必要です。医学は精密な科学ではないので結果には個人差があるということは承知しています。

Patient / Representative Initials 患者・患者の代理人のイニシャル: _____

I HAVE READ AND UNDERSTAND THE INFORMATION ON THIS FORM BEFORE I SIGNED IT.

署名をする前にこの用紙に目を通し、内容を理解しました。

Signature of Patient or Legally Authorized Representative (If patient is a minor or unable to sign)
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

Date (mm/dd/yyyy)
日付 (月/日/西暦年)

Printed Name of Legally Authorized Representative (If patient is a minor or unable to sign)

患者または (患者が未成年か署名ができない場合は) 法的後見人の名前を活字体で記入

Relationship: Spouse Parent Next-of-Kin Legal Guardian DPOA for HealthCare
関係: 配偶者 親 近親者 法的後見人 医療判断代理人