

UNIVERSITY OF MICHIGAN HOSPITALS & HEALTH CENTERS Permission to Release Information Including Photographs, Videos, Electronic or Other Media (Japanese) 写真、ビデオ、電子情報、他のメディア情報の公開の同意	MRN (REG #): NAME: BIRTHDATE: CSN:
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

STAFF: Patient Information above is required if document is sent to Health Information Management

Please release the information for the following person (mark only one):

以下の人物の情報を開示して下さい。（該当するものを1つ選んで印をして下さい。）

- Patient listed in upper right or 右上に記載されている患者 または
- Volunteer or ボランティア または
- Visitor/Family/Other (specify) 面会者、家族、その他の人物（明記してください）：_____

Name(first and last) 氏名（名、性の順で）：_____ DOB 生年月日：____/____/____
(mm/dd/yyyy) (月/日/西暦)

Address住所：_____ City 市：_____

State 州：_____ Zip 郵便番号：_____ Phone 電話番号：_____

Permission to Release 情報開示の承諾：

I give the University of Michigan and agencies acting on its behalf permission to release information about me, including information about my health. This may include photographs, videos, electronic or other media involving me.

ミシガン大学とその代理業者に自分の医療情報も含めた個人情報の公開を許可します。これには自分の写真、ビデオ、電子情報やその他のメディア情報も含まれます。

- Yes はい
 No いいえ

The items may also be released to any radio, television, internet, print or other media outlet.

これらの情報がラジオ、テレビ、インターネット、印刷物やその他の報道発信源から公表される可能性があることを承諾します。

- Yes はい
 No いいえ

The items may be used by the University including its public relations and marketing units and by the media indefinitely for educational, promotional, public relations, or marketing purposes.

これらの情報は無期限で、ミシガン大学の広報課やマーケティング課あるいは大学外の報道機関によって教育、宣伝、広報、またはマーケティングの目的で使用される可能性があります。

- Yes はい
 No いいえ

Exceptions: Information may only be released according to the following guidelines.

例外：下記の条件下でのみ情報の公開を許可します。

70-10085	VER: B/15 HIM: 05/15	Medical Record		Permission to Release Information Including Photographs, Videos, Electronic or Other Media (Japanese)
----------	-------------------------	----------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

UNIVERSITY OF MICHIGAN HOSPITALS & HEALTH CENTERS Permission to Release Information Including Photographs, Videos, Electronic or Other Media (Japanese) 写真、ビデオ、電子情報、他のメディア情報の公開の同意	MRN (REG #): NAME: BIRTHDATE: CSN:
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

STAFF: Patient Information above is required if document is sent to Health Information Management

Liability Release: I understand that the released items may be disclosed to students or trainees, to media outlets, and to the general public. Once released outside the University of Michigan, my information will no longer be protected. I release the University of Michigan, its agents, employees and any other persons involved with taking or producing these items from any and all liability that might arise as a result.

法的責任の免除: 公開されたものが学生や研修生、メディア各社や一般大衆に公開される可能性があることは承知しています。ミシガン大学外に公開された場合、大学にはその情報を管理する効力がないことを理解しています。ミシガン大学とその代理業者や職員、そして写真やビデオなど情報の制作にかかわる関係者を全ての法的責任から免除します。

Revoking Permission: I understand that I can revoke this permission at any time by contacting the UMHS Department of Communication at (734) 764-2220. However, I also understand that the University has no control over disclosures made outside the University before I revoke my permission. A copy of this form is available upon request.

承諾の撤回: いつ何時でもミシガン大学病院通信課、(電話 734-764-2220) に連絡すればこの承諾を撤回することができることを理解しています。しかし、承諾撤回前に、ミシガン大学が大学外に公表した情報について大学に管理する効力がないことも承知しています。要望に応じてこの同意書のコピーを入手することができます。

Release is Voluntary: I understand this permission is voluntary. I do not have to release my information, and whatever I decide will not affect my health care and will not affect my participation in any research study.

開示の任意: この承諾は任意のものであると理解しています。情報を公開する必要はないし、本件に関する自分の決断がこれからの治療や臨床研究への参加などに影響することはありません。

Signature of Patient, Volunteer, Visitor/Family/Other, or Legally Authorized Representative (if person is a minor or unable to sign)
 患者、ボランティア、面会者、家族、その他の人物、あるいは(該当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 日付: ____/____/____

Printed Name of Legally Authorized Representative (if person is a minor or unable to sign)

(mm/dd/yyyy)


(該当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

(月/日/西暦)

Relationship 関係: Spouse 配偶者 Parent 親 Next-of-Kin 近親者 Legal Guardian 法的後見人

DPOA for Healthcare 医療判断代理人

Other (specify): その他の人物 (明記して下さい) : _____

70-10085	VER: B/15 HIM: 05/15	Medical Record		Permission to Release Information Including Photographs, Videos, Electronic or Other Media (Japanese)
----------	-------------------------	----------------	-------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------