

UNIVERSITY OF MICHIGAN HOSPITALS & HEALTH CENTERS  <b>Family and Friends List For Outpatient Clinics Only (Japanese)</b>  患者のケアに関わる家族や友人リスト 外来クリニック専用	NAME  MRN  BIRTHDATE
--	----------------------------------

**Family Members and Friends Involved In Patient Care**  
 患者のケアに関わる家族や友人  
**For Outpatient Clinics Only**  
 外来クリニック専用

*This form does not give the people listed below the right to access medical information or medical records.\* To give a UMHS employee authorization to electronically access the patient's electronic medical record, please fill out the form titled "AUTHORIZATION FOR EMPLOYEE TO VIEW ELECTRONIC HEALTH RECORD".\*\**

この用紙は、下記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。 \*\* UMHS 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、「スタッフが電子医療記録を閲覧するための許可」という用紙を記入して下さい。 \*\*

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 (including the emergency department and the observation unit) at the University of Michigan Health System (UMHS) 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.

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（救急外来および観察ユニットを含む）ミシガン大学ヘルスシステム（UMHS）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。

- 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 listing people on this form does not give them the right to receive or copy my medical records.  
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。
- It does not allow them to consent for health care services on my behalf.  
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。
- I understand this form is NOT to be used to request a restriction of my information.  
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。

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

UNIVERSITY OF MICHIGAN HOSPITALS & HEALTH CENTERS  <b>Family and Friends List For Outpatient Clinics Only (Japanese)</b>  患者のケアに関わる家族や友人リスト 外来クリニック専用	NAME  MRN  BIRTHDATE
--	----------------------------------

The following information has special protection under Michigan law and will be made available to the people I've listed above only if I indicate my approval by initialing the line(s) below:

下記の情報は、ミシガン州の法律による特別な保護下にあり、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。

\_\_\_\_\_ HIV/AIDS or other communicable diseases including sexually transmitted diseases, venereal disease, tuberculosis, and hepatitis

**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**

\_\_\_\_\_ Substance abuse services

**薬物乱用に関する情報**

\_\_\_\_\_ Mental health services

**精神的疾患に関する情報**

I can update this form at any time by completing a new form and either giving it to my provider or forwarding it to: University of Michigan Health System, 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.

新しい用紙を作成し主治医に手渡すか下記の住所に郵送/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。

University of Michigan Health System, 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。

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Legally Authorized Representative (if patient is 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 (proof of power of attorney or legal guardianship required)

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)

Relationship:  Spouse  Parent  Next-of-Kin  Legal Guardian  DPOA for Healthcare

関係: 配偶者 親 最近親者 法的後見人 医療判断代理人

\* 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.

\* 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 FOR EMPLOYEE TO VIEW ELECTRONIC HEALTH RECORD go to:

<http://www.med.umich.edu/i/him/ROI/index.html>

\*\*スタッフが電子医療記録を見るための許可に関しては、下記のウェブサイトをご覧ください。

<http://www.med.umich.edu/i/him/ROI/index.html>

\*\*\*Refer to our Notice of Privacy Practices at: [http://www.med.umich.edu/hipaa/npp\\_official.htm](http://www.med.umich.edu/hipaa/npp_official.htm)

\*\*\*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。 [http://www.med.umich.edu/hipaa/npp\\_official.htm](http://www.med.umich.edu/hipaa/npp_official.htm).

70-10190	VER: B/12 HIM: 02/12	Medical Record		Family and Friends List For Outpatient Clinics Only (Japanese)
----------	-------------------------	----------------	---	---