顧客の識別			
氏名	生年月日	照合番号	
住所	市	州	郵便番号
電話番号（市外局番を含む）	その他の情報		

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

同意書
Consent

顧客への通知: 社会保健サービス局（DSHS）は、あなたとご家族を知る他の機関や専門家と協力するのが可能であれば、支援の向上を助力することができます。この書式に署名をすれば、以下に記載されたDSHSと機関、そして個人に、あなたについての機密情報を使用し共有することを許可するようになります。DSHSは、あなたがこの書式に署名しない場合、 あなたの権限が恩給資格の決定に必要でない限りは、DSHSはあなたの給付を拒否することができません。あなたがこの書式に署名しない場合でも、DSHSは法が許す範囲であなたについての情報を依然として共有することがあります。顧客機密情報をDSHSがどのように共有するか、あるいはあなたのプライバシーの権利について質問がある場合は、DSHSのプライバシー侵害の通知をご参考にするか、もしくはこの書式を入手した相手にお尋ねください。

同意書

1. 私は、自分に関する機密情報が私自身もしくは法で権限を与えられたその他の目的で、DSHS内でのサービス、治療、支払いおよび給付を計画し、提供して調整するために使用されることに同意します。私は、DSHS および以下に示す機関、提供者、または個人に対しても、これらの目的のために私の機密情報を使用し、相互に開示することを許可します。情報は、口頭によるか、電子的になるか、郵便によるか、手渡しで共有されることがあります。

   開示の理由：この情報は、DSHSが薬物・飲酒記録または精神衛生記録を共有する前に要求されます。この欄に記入がなければ、DSHSは、開示の理由をあなたの要請によるものとして記録します。

   DSHSに加えて、この同意書に含まれている以下の全てを確認し、名前と住所によって、それぞれをご確認ください。

   ☐ ヘルスケア提供者: _____
   ☐ 精神ヘルスケア提供者: _____
   ☐ 物質使用障害サービス提供者：_____
   ☐ その他のDSHS契約提供者：_____
   ☐ 住居プログラム：_____
   ☐ 学校区または大学: _____
   ☐ Department of Corrections: 更生保護局：_____
   ☐ 職業安定局とその雇用パートナー：_____
   ☐ 社会保障庁またはその他の連邦政府機関：_____
   ☐ 添付のリストを参照のこと。
   ☐ その他：

2. 開示の理由：☐ ケアの継続 ☐ 法的 ☐ 個人的 ☐ その他：

3. 私は、次の記録と情報を共有することに権限を与え、同意します。（当てはまるもの全てにチェックを入れてください。）

   ☐ 私の顧客記録の全て ☐ 添付済みの一覧にある記録
   ☐ 次の記録のみ
      ☐ 家族、社会および雇用の履歴
      ☐ 治療またはケアの計画
      ☐ 支払い記録
      ☐ 個別評価
      ☐ 学校、教育および訓練
      ☐ 精神的ヘルスケアの情報（明記してください）：
      ☐ 健康管理ヘルスケアの情報（明記してください。）：
      ☐ その他（一覧表）：

顧客の識別		
氏名	生年月日	照合番号

次にご注意ください: 顧客の記録に以下の情報が含まれていれば、このセクションにもこれらの記録を記入しなければなりません。

私は、次の記録を開示するための許可を与えます （当てはまるもの全てにチェックを入れてください）：

☐ 精神的健康 ☐ HIV/AIDSとSTDの検査結果、診断、または治療 ☐ 薬物使用の障害

- **この同意書の有効期限は、 ☐ 1年間または _____までです（日付またはイベント）。**
- **私は、書面にていつでもこの同意を破棄するか、撤回することができますが、すでに共有された情報についてはこの限りではありません。**
- **私は、この同意の下に共有された記録がDSHSに適用する法の下では保護されなくなることを理解しています。**
- **この書式の複写は、記録の共有をすることの許可を与えるのに有効です。**

署名		日付
該当する場合は、証人/公証人の署名	証人/公証人の活字体による氏名	日付
親またはその他の代理人の署名（当てはまる場合）	電話番号（市外局番を含む）	日付

私が記録の対象者でない場合、私は次の理由によって、私が署名する権限を有します（権限の証明書を添付してください）

☐ 親 ☐ 法定後見人（裁判所命令を添付） ☐ 人格代表者 ☐ その他：

情報の受取人への通知:**これらの記録にHIV、STD、またはAIDSに関する情報が含まれていれば、顧客の特定の許可なしに、その情報をさらに開示することはできません。**顧客から **薬物または飲酒の乱用**に関する情報を受け取った場合、 42 CFR 2.32の規定に準じて、更なる情報の開示をする際に次の陳述を含めなければいけません。

この情報は、連邦機密規定（42 CFR 第2部）によって保護された記録からあなたに開示されました。連邦規定により、関係する人物の書面による承諾によってさらなる開示が特別に認められない限り、あるいは42 CFR 第2部によって許可されていない限り、この情報をさらに開示することは禁止されています。医療あるいはその他の情報の公開に対する通常の権限は、この目的には十分なものではありません。連邦規定では、酒類または薬物の乱用患者を犯罪的に捜査するか、起訴するために、情報を使用することを制限しています。

同意書記入要領、DSHS 14-012

使い方：顧客に関する機密情報をDSHS内で継続的に使用するか、共有するか、あるいはサービスの調整、治療、支払い、機関の運営、その他法律で認められた目的のために、他の機関にその情報を開示することに同意する必要がある場合に、この書式を使用します。

可能であれば、この書式を電子的に記入してください。**お子様を含めて 、一人ずつ別々の用紙に記入しなければなりません。**

書式の欄：

身元確認：

- 氏名：それぞれの書式に一人だけの氏名を記入します。サービスを受けているときに顧客が使用していた旧名をいずれも記入してください。
- 生年月日：同様の名前を持つ個人から顧客を識別する必要がありました。
- 識別番号：記録を識別し、受けた履歴とサービスを追跡するために、顧客識別番号か社会保障番号（必須ではない）のような他の識別子を提供します。
- その他：この欄には、サービスに関わっている DSHSか、家族の名前か、その他の関連情報のように、記録を探すのに役立ちうる追加情報を記入します。

同意書 （権限）：

- 開示の理由：この情報は、DSHSが薬物・飲酒記録または精神衛生記録を共有する前に要求されます。この欄に記入がなければ、DSHSは、開示の理由をあなたの要請によるものとして記録します。
- 記録を交換する機関または担当者：この記入された書式では、以下が可能になります。(1) DSHSの内部および記載された機関または個人との機密情報の使用と開示。 (2) 記載された外部の機関または個人によるDSHSへの機密情報の開示。情報の共有を許可した機関の一覧表も添付することができます。これにも顧客は署名しなければなりません。
- 包括される情報：顧客は、どのような記録が同意の対象となるかを示さなければなりません。顧客は、全ての記録を利用できるようにするか、あるいは、日付、種類、または記録源によって含まれる記録を制限することもできます。顧客が同意に署名しない場合か、もしくは特定の記録を指示しない場合は、法で認められている限り、その記録の共有は認められます。あなたは、顧客も署名しなければならない対象の記録の一覧表を添付することができます。いかなる記録にも精神衛生(RCW 71.05.620)、HIV/AIDS またはSTDの検査あるいは治療 (RCW 70.02.220)、または薬物と飲酒のサービス(42 CFR 2.31(a)(5))に関連する情報が含まれる場合、顧客はこれらの記録を共有する許可を与えるのに、顧客は明確にこれらの範囲に印を付けなければいけません。この書式は、45 CFR 164.508(b)(3)(ii)に基づく精神療法記録を含めるためには無効です。
- 期間：1年以上であれば、同意の有効期限を含めます。この同意書は、あなたが別の日を指定しない限り、1年で失効します。
- 理解すること：顧客が、どのような許可が与えられているのか、情報が共有される方法と理由を理解していることを確実にします。必要であれば、翻訳された書式と通訳を利用するか、書式を声読してください。顧客がさらに詳しい情報を必要とする場合は、DSHSの個人情報取扱に関する通知の追加コピーを提供するか、所属部署の情報公開担当者に顧客を差し向けてください。

署名：

- 顧客：顧客または同意年齢以上の子供（精神衛生および薬物・アルコールサービスについては13歳、HIV/AIDSおよびその他の性病については14歳、避妊・中絶については何歳でも、ヘルスケアおよびその他の記録については18歳）に対して、この欄に署名させ、署名した日付を記入させてください。顧客は、あなたが証人として署名する、このボックスのマークを代用することができます。
- 証人または公証人：顧客が直接この書式を提出しないか、プログラムで検証の要求があれば、証 人または公証人が顧客の身元を確認するために必要となる場合があります。この人物は、署名して、その名前を活字体で記入しなければなりません。
- 親またはその他の代表者：顧客が同意年齢に達していない場合は、親または保護者の署名が必要です。 子供が共有されるべき全ての記録に対する承諾年齢に満たない場合は、子供と親の両人が署名をしなければなりません。顧客が法的に不適任者であると宣告された場合、法廷が任命した保護者が署名をし、任命の命令の写しを提供しなければなりません。誰かが他の立場で（委任状を持つ人物、または遺産代理人を含む）署名をする場合、「その他」に印を付け、その役目を勤めることの法的権限の写しを入手してください。署名をする人物は署名の日付を記入し、電話番号または連絡先の情報を記載しなければなりません。