

同意書 CONSENT

顧客への通知: 社会福祉保健省(DSHS)はあなたとご家族を知る他の機関や専門家と連携することができれば、あなたをよりよく支援することができます。この用紙に署名をすることによって、下記に記載されたDSHSおよび機関、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します。DSHSは、あなたがこの用紙に署名しない場合、あなたの権限が恩給資格の決定に必要な限りはDSHSはあなたの恩給を拒否することができます。あなたがこの用紙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ください、もしくははこの用紙を入手した相手にお尋ねください。

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

同意:

私は自分に関する機密情報を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内でサービス、治療、支払いおよび恩給を計画、提供そして調整するために使用することに同意します。さらに、私はこれらの目的でDSHSおよび下記に記載された機関、提供者、または人物が私の機密情報を使用し、お互いに開示することを許可します。情報は口頭、またはコンピュータデータ転送、郵便または手渡しにて共有されます。DSHSに加えてこの同意に含まれている全てを確認し、名前および住所にてそれぞれをご確認ください。

ヘルスクエア提供者: _____

精神衛生ケア提供者: _____

薬物依存サービス提供者: _____

その他DSHS契約提供者: _____

住居プログラム: _____

学区または大学: _____

矯正局: _____

雇用保障局およびその雇用提携者: _____

社会保障庁または他の連邦機関: _____

添付の一覧表を参照

その他: _____

私は次の記録および情報を共有することを権限を与え、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。)

私の顧客記録全て

添付済みの一覧にある記録

次の記録のみ

<input type="checkbox"/> 家族、社会、および雇用経歴	<input type="checkbox"/> 医療情報	<input type="checkbox"/> 治療またはケア計画
<input type="checkbox"/> 支払い記録	<input type="checkbox"/> 個人評価	<input type="checkbox"/> 学校、教育および訓練
<input type="checkbox"/> その他(記入してください): _____		

ご注意ください: あなたの記録が次のいずれかの情報を含んでいる場合、これらの記録を含めるためにはこの欄も記入しなければなりません。私は次の記録を開示する許可を与えます。(当てはまるものすべてにチェックを入れてください):

精神衛生 HIV/AIDSおよびSTDの検査結果、診断または治療 薬物依存(CD)サービス

- この同意はDSHSが記録を必要とする限り 一年間 あるいは _____ (日付または行事) まで有効です。

- 私は書面についていつでもこの同意を破棄または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いことを理解します。

- この用紙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	機関連絡先/公証人の署名	日付
保護者またはその他の代理人の署名 (当てはまる場合)		電話番号 (市外局番を含むこと)	日付

私が記録の主題でない場合、私が次であるが故に私が署名する権限を有します。(権限の証明を添付してください)

保護者 法的保護者 (法廷命令を添付してください) 個人代理人 その他: _____

情報の受領者への通知: これらの記録がHIV、STD、またはAIDSについての情報を含む場合、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に要請されるべく、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。連邦規定は情報の利用を犯罪の捜査または飲酒あるいは薬物乱用患者の起訴に制限します。

同意書の記入方法

目的: DSHS内でずっと継続する形態で顧客についての機密情報を使用する同意が必要な場合、あるいはサービスの調整、または治療、支払い、機関の管理、法律によって認められた他の目的で他の機関がその情報を開示する場合またははこの用紙を使用します。顧客とはDSHSから恩給もしくはサービスを受ける人を指します。

使用: 読みやすいように可能であればこのフォームをコンピュータを使って記入してください。子供を含むそれぞれの人に対して別の用紙を記入しなければなりません。記入方法の「あなた」とはDSHSの職員を指し、用紙の「あなた」とは顧客を意味します。記録の共有は顧客についての機密情報の使用および開示を含みます。

用紙の欄:

身元確認:

- **氏名:** 各用紙上には顧客一人の名前を記入してください。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すべて記入してください。
- **生年月日:** 似た名前の人からその人物を確認するのに必要となります。
- **照合番号:** 記録の確認や履歴および受けたサービスを追跡する手助けになるよう、顧客照合番号もしくは社会保障番号（必要ではありません）などの他の識別番号を記入してください。
- **住所および電話番号:** 顧客を位置づけし、照合または連絡を取るのに手助けとなる追加情報。
- **その他:** DSHSの部署がかかわったサービス、家族の名前、またはその他関連情報を含む記録を位置づけするのに手助けとなるいかなる追加情報をこの欄に記入してください。

同意（権限）:

- **記録の交換をする機関または人物:** この用紙を顧客が記入することでDSHS内全ての部署において機密情報の使用および共有が許可されます。DSHSは記載された外部機関または人物に機密情報の開示ができ、またそこから機密情報を受けることができます。機関または提供者の名前、可能であれば住所もしくは場所を含む確認情報を記入してください。情報の共有を許可した機関の一覧表を添付してください。これにも顧客は署名しなければなりません。
- **含まれる情報:** 顧客は同意の対象である記録を表示し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しなければなりません。または日付、種類、あるい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、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。あなたは顧客が署名しなければならぬ対象の記録の一覧表を添付できます。いかなる記録に精神衛生(RCW 71.05.620)、HIV/AIDSまたはSTDの検査あるいは治療(RCW 70.02.220)、または薬物および飲酒サービス(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、明確にこれらの範囲に印付けなければいけません。この用紙は45 CFR 164.508(b)(3)(ii)の下に、心理療法の記録を含むことができませんので、これらの記録を含めるには別用紙を記入しなければなりません。
- **期間:** あなたのプログラムの目的に合う同意の有効期限もしくは法で規定されたものを記入してください。
- **理解:** 顧客が許可のよって何を認証に、またどのように、なぜ情報が共有されるかを理解していることを確認してください。必要であれば、翻訳された用紙および通訳を利用してください。もしくは声に出して用紙を読みあげてください。顧客がさらなる情報を必要とする場合は、DSHSプライバシー侵害の通知の追加の写しを提供してください。もしくは顧客にあなたの課の公的開示事務員に問い合わせるようお話しください。

署名:

- **顧客:** 顧客、あるいは承諾年齢に達した（精神衛生、そして薬物および飲酒サービスは13歳、HIV/AIDSおよび他のSTDについては14歳、避妊および妊娠中絶についてはいかなる年齢、ヘルスケアおよびその他の記録については18歳）子どもにこの四角に署名をし、署名の日付を記入させてください。顧客はこの四角の中に、自分が証言すると置き換えることができます。
- **機関連絡先もしくは証人:** あなたが証人を勤め、顧客に用紙を説明する人物である場合、この四角に署名をします。あなたの電話番号を記入してください。顧客が営業所以外の場所で用紙に署名をする場合は、顧客に証人にこの欄に証明をしてもらい、電話番号を記入するように指示してください。公証人は顧客の署名の証人として努めることができます。
- **親もしくは他の代理人:** 顧客が承諾年齢以下である場合、親もしくは保護者が証明をしなければなりません。子供が共有される全ての記録において承諾年齢に満たない場合、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）証明をする場合、「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情報を記載しなければなりません。