



医師グループ診療[Faculty Group Practice]
聴覚障害患者様用調査票

本調査票は、聴覚障害患者様との最良のコミュニケーション方法について理解するとともに、必要となる可能性のあるサービスを提供するために役立てられます。

患者様氏名: _____ 診療記録番号(MRN): _____

私は: ろう者 _____ 難聴者 _____ です

私は手話でコミュニケーションをとります _____ はい _____ いいえ

*私は手話通訳者を必要とします _____ はい _____ いいえ

私は話すことができます _____ はい _____ いいえ

私は読唇/読話することができます _____ はい _____ いいえ

*私は口話通訳者を必要とします _____ はい _____ いいえ

私は容易に筆談することができます _____ はい _____ いいえ

*通訳者が必要な場合、患者様と医師に対して通訳者が1人無料で提供されます。

私に連絡をとる必要がある場合:

_____ にテキストメッセージを送信してください

電話リレーサービス_____ を通して電話してください

_____ にファクスしてください

Faculty Group Practice 患者人口統計学記入フォーム
[Faculty Group Practice Patient Demographic Form]

患者情報 [Patient Information]	氏名 (姓、名、ミドルネームのイニシャル) [Name (Last, First, MI)]				電子メールアドレス [Email address]			
	番地 [Street Address]		市 [City]	州 [State]		郵便番号 [Zip]		
	自宅電話番号 [Home Phone] () <input type="checkbox"/> [Preferred]		職場電話番号 [Work Phone] () <input type="checkbox"/> [Preferred]	携帯電話番号 [Cell Phone] () <input type="checkbox"/> [Preferred]		優先		
	ソーシャルセキ ユリティ番号 [SSN]	生年月日 [Date of Birth]	性別 [Gender] <input type="checkbox"/> 男 [Male] <input type="checkbox"/> 女 [Female]	婚姻関係 [Marital Status] <input type="checkbox"/> 独身 [Single] <input type="checkbox"/> 既婚 [Married] <input type="checkbox"/> 離婚 [Divorced] <input type="checkbox"/> 死別 [Widowed] <input type="checkbox"/> 別居 [Separated] <input type="checkbox"/> 家庭内パートナー [Partner] <input type="checkbox"/> その他 [Other]				
	人種 [Race]	民族 [Ethnicity]	希望の言語 [Preferred Language]			出生国 [Country of Origin]		
	患者は責任者 / 保証人ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (あなたが 18 歳以上で、医療機関のサービスを受けていない場合、あなたは来院中に生じる可能性のある請求に対して経済的責任を有していますので、保証人となります) [Is patient responsible party/guarantor? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If you are over the age of 18 and not in the care of an institution you are the guarantor as you are the person financially responsible for any charges you may incur during your visit)]							
財政的責任者 [Financially Responsible Party]	氏名 [Name]		番地 [Address]	市 / 州 / 郵便番号 [City/State/Zip]			患者との続柄 [Relationship to Patient]	
	職業 [Occupation]	雇用者 [Employer]		電子メールアドレス [Email Address]			生年月日 [Date of Birth]	
	自宅電話番号 [Home Phone] () <input type="checkbox"/> [Preferred]		職場電話番号 [Work Phone] () <input type="checkbox"/> [Preferred]	携帯電話番号 [Cell Phone] () <input type="checkbox"/> [Preferred]		優先 <input type="checkbox"/> [Preferred]		
	氏名 [Name]				患者との続柄 [Relationship to Patient]			
緊急連絡先 [Emergency Contact]	自宅電話番号 [Home Phone] () <input type="checkbox"/> [Preferred]		職場電話番号 [Work Phone] () <input type="checkbox"/> [Preferred]	携帯電話番号 [Cell Phone] () <input type="checkbox"/> [Preferred]		優先 <input type="checkbox"/> [Preferred]		
	紹介医師の氏名 [Referring Physician's Name]				医師の電話番号 / ファクス番号 (既知の場合) [Physician Phone/Fax (if known)] ()			
紹介者情報 [Referral Info]	医師の住所 [Physician Address]							

PCP 情報 [PCP Info]	かかりつけ医師の氏名 (上記の紹介医師と同じ場合はチェックしてください□) [Primary Care Physician's Name (Check if same as Referring Physician above □)]			医師の電話番号 / ファクス番号 (既知の場合) [Physician Phone/Fax (if known)] ()	
	医師の住所 [Physician Address]				
保険情報 [Insurance Information]	主要保険会社 [Primary Insurance Company]		保険契約番号 [Policy #]	グループ番号 [Group #]	
	被保険者に対する患者の続柄 [Patient's Relationship to Insured] <input type="checkbox"/> 本人 [Self] <input type="checkbox"/> 配偶者 [Spouse] <input type="checkbox"/> 子供 [Child] <input type="checkbox"/> その他 [Other] _____		加入者の氏名 (患者以外の場合) [Name of Subscriber (if other than patient)]		
	加入者のソーシャルセキュリティ番号 [Subscriber's Social Security #]	性別 [Gender] <input type="checkbox"/> 男 [Male] <input type="checkbox"/> 女 [Female]	生年月日 [Date of Birth]	加入者の雇用者 [Employer of Subscriber]	職場電話番号 [Work Phone] ()
	二次的保険会社 [Secondary Insurance Company]		保険契約番号 [Policy #]	グループ番号 [Group #]	
	被保険者に対する患者の続柄 [Patient's Relationship to Insured] <input type="checkbox"/> 本人 [Self] <input type="checkbox"/> 配偶者 [Spouse] <input type="checkbox"/> 子供 [Child] <input type="checkbox"/> その他 [Other] _____		加入者の氏名 (患者以外の場合) [Name of Subscriber (if other than patient)]		
	加入者のソーシャルセキュリティ番号 [Subscriber's Social Security #]	性別 [Gender] <input type="checkbox"/> 男 [Male] <input type="checkbox"/> 女 [Female]	生年月日 [Date of Birth]	加入者の雇用者 [Employer of Subscriber]	職場電話番号 [Work Phone] ()
	以下に署名することにより、私は、提供した情報は自分の知る範囲内で正しいことを認めます。 [By signing below, I acknowledge that the information I provided is correct to the best of my ability.]				
患者の署名 : _____ [Patient Signature]			日付 : _____ / _____ / _____ [Date]		
保証人の署名 (患者以外の場合) : _____ [Guarantor Signature (if other than patient)]			日付 : _____ / _____ / _____ [Date]		

Faculty Group Practice 患者人口統計学記入フォーム - 小児科用
[Faculty Group Practice Patient Demographic Form – Pediatrics]

患者情報 [Patient Information]	氏名 (姓、名、ミドルネームのイニシャル) [Name (Last, First, MI)]					今日の日付 [Today's Date]		
	番地 [Street Address]			市 [City]	州 [State]	郵便番号 [Zip]		
	ソーシャルセキュリティ番号 [SSN]	生年月日 [Date of Birth]	性別 [Gender] <input type="checkbox"/> 男 [Male] <input type="checkbox"/> 女 [Female]	人種 [Race]	民族 [Ethnicity]	希望の言語 [Preferred Language]		
	患者またはその兄弟姉妹は当院で診察を受けたことがありますか？(具体的に記入してください) [Has patient or siblings been seen in our office? (Please list)]					出生国 [Country of Origin]		
財政的責任者 [Financially Responsible Party]	親 1 : [Parent 1] この親は責任者 / 保証人ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ [Is this parent responsible party/guarantor? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No]							
	氏名 [Name]		番地 [Address]		市 / 州 / 郵便番号 [City/State/Zip]		患者との続柄 [Relationship to Patient]	
	職業 [Occupation]	雇用者 [Employer]		電子メールアドレス [Email Address]			生年月日 [Date of Birth]	
	自宅電話番号 [Home Phone] () <input type="checkbox"/> 优先 [Preferred]		職場電話番号 [Work Phone] () <input type="checkbox"/> 优先 [Preferred]		携帯電話番号 [Cell Phone] () <input type="checkbox"/> 优先 [Preferred]			
	親 2 : [Parent 2] この親は責任者 / 保証人ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ [Is this parent responsible party/guarantor? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No]							
	氏名 [Name]		番地 [Address]		市 / 州 / 郵便番号 [City/State/Zip]		患者との続柄 [Relationship to Patient]	
	職業 [Occupation]	雇用者 [Employer]		電子メールアドレス [Email Address]			生年月日 [Date of Birth]	
	自宅電話番号 [Home Phone] () <input type="checkbox"/> 优先 [Preferred]		職場電話番号 [Work Phone] () <input type="checkbox"/> 优先 [Preferred]		携帯電話番号 [Cell Phone] () <input type="checkbox"/> 优先 [Preferred]			
	緊急連絡先 [Emergency Contact]	氏名 [Name]				患者との続柄 [Relationship to Patient]		
		自宅電話番号 [Home Phone] () <input type="checkbox"/> 优先 [Preferred]		職場電話番号 [Work Phone] () <input type="checkbox"/> 优先 [Preferred]		携帯電話番号 [Cell Phone] () <input type="checkbox"/> 优先 [Preferred]		優先 <input type="checkbox"/> [Preferred]

紹介者情報 [Referral Info]	紹介医師の氏名 [Referring Physician's Name]			医師の電話番号 / ファックス番号 (既知の場合) [Physician Phone/Fax (if known)] ()		
	医師の住所 [Physician Address]					
PCP情報 [PCP Info]	かかりつけ医師の氏名 (上記の紹介医師と同じ場合はチェックしてください□) [Primary Care Physician's Name (Check if same as Referring Physician above □)]			医師の電話番号 / ファックス番号 (既知の場合) [Physician Phone/Fax (if known)] ()		
	医師の住所 [Physician Address]					
保険情報 [Insurance Information]	主要保険会社 [Primary Insurance Company]		保険契約番号 [Policy #]		グループ番号 [Group #]	
	請求先住所 [Claims Address]	市 [City]	州 [State]	郵便番号 [Zip]	電話番号 [Phone] ()	
	被保険者に対する患者の続柄 [Patient's Relationship to Insured] <input type="checkbox"/> 本人 [Self] <input type="checkbox"/> 配偶者 [Spouse] <input type="checkbox"/> 子供 [Child] <input type="checkbox"/> その他 [Other]		加入者の氏名 (患者以外の場合) [Name of Subscriber (if other than patient)]			
	加入者のソーシャルセキュリティ番号 [Subscriber's Social Security #]	性別 [Gender] <input type="checkbox"/> 男 [Male] <input type="checkbox"/> 女 [Female]	生年月日 [Date of Birth]	加入者の雇用者 [Employer of Subscriber]		職場電話番号 [Work Phone] ()
	二次的保険会社 [Secondary Insurance Company]		保険契約番号 [Policy #]		グループ番号 [Group #]	
	請求先住所 [Claims Address]	市 [City]	州 [State]	郵便番号 [Zip]	電話番号 [Phone] ()	
	被保険者に対する患者の続柄 [Patient's Relationship to Insured] <input type="checkbox"/> 本人 [Self] <input type="checkbox"/> 配偶者 [Spouse] <input type="checkbox"/> 子供 [Child] <input type="checkbox"/> その他 [Other]		加入者の氏名 (患者以外の場合) [Name of Subscriber (if other than patient)]			
	加入者のソーシャルセキュリティ番号 [Subscriber's Social Security #]	性別 [Gender] <input type="checkbox"/> 男 [Male] <input type="checkbox"/> 女 [Female]	生年月日 [Date of Birth]	加入者の雇用者 [Employer of Subscriber]		職場電話番号 [Work Phone] ()
	以下に署名することにより、私は、提供した情報は自分の知る範囲内で正しいことを認めます。 [By signing below, I acknowledge that the information I provided is correct to the best of my ability.]					
	患者の署名 : _____ [Patient Signature]			日付 : _____ / _____ / _____ [Date]		
保証人の署名 (患者以外の場合) : _____ [Guarantor Signature (if other than patient)]			日付 : _____ / _____ / _____ [Date]			

FACULTY GROUP PRACTICE 財務方針および患者の責任

[FACULTY GROUP PRACTICE FINANCIAL POLICIES AND PATIENT RESPONSIBILITY]

私は、NYU School of Medicine、自分の治療医師、その各被指名人が、治療、医療費の支払い、医療業務全般に必要なすべての目的で（保険会社あるいは保険業者によって要求された情報の公開、および退院計画に必要な情報を含みますがこれに限定されません）、私の健康情報を使用および開示することを理解します。

[I understand that NYU School of Medicine, my treating physicians and their respective designees, will use and disclose my health information for all purposes necessary for treatment, payment and health care operations, including but not limited to release of information requested by my insurance company (or carrier) and any information necessary for discharge planning purposes.]

- **保険受取り権譲渡:** 私はここに、私の保険給付金が NYU School of Medicine に直接支払われることを許可します。私は、補償範囲外のサービスに対して私が金銭的に責任を負うことを理解しています。私は、私に代わって保険請求を処理するために必要な医療情報または他の情報の公開を許可します。

[**ASSIGNMENT OF INSURANCE:** I hereby authorize my insurance benefits to be paid directly to NYU School of Medicine. I understand I am financially responsible for non-covered services. I authorize the release of any medical or other information necessary to process insurance claims on my behalf.]

- **金銭的責任:** 私は、NYU School of Medicine の財務方針のコピーを提供されており、そこに明記された条件に同意します。私はここに、保険プランで規定される自己負担金および控除免責金額を含め、NYU School of Medicine に支払うべき（または支払うことになる）、ケアおよび治療に対するすべての請求について、それを支払うことについて同意します。第三者によって支払われる給付金がある場合は、勘定に入金されます。私は、以下のいずれかに該当する場合、すべての請求に支払い責任を負うことを理解しています：

[**FINANCIAL LIABILITY:** I have been provided a copy of the NYU School of Medicine financial policies and agree to the specified terms. I hereby agree to pay all charges due (or to become due) to NYU School of Medicine for care and treatment, including co-payments and deductibles as provided under my plan. Benefits, if any, paid by a third party, will be credited on account. I understand that I will be responsible for any charges if any of the following apply:]

- 保険プランが、NYU School of Medicine でサービスを受ける前に、かかりつけの医師(PCP)による事前紹介を必要とし、私がこのような紹介を得ていないか、またはこのような紹介の対象範囲を超えてサービスを受ける場合、および／または、

[My health plan requires prior referral by a Primary Care Physician (PCP) before receiving services at NYU School of Medicine and I have not obtained such a referral or I receive services in excess of the referral, and/or]

- 私が NYU School of Medicine で受けるサービスが医学的に必要ではない、および／または保険プランではカバーされないと保険プランが判断した場合、および／または、

[My health plan determines that the services I receive at NYU School of Medicine are not medically necessary and/or not covered by my Insurance plan, and/or]

- 私が NYU School of Medicine でサービスを受ける時点で、保険プランの補償が失効または期限切れの場合、および／または、

[My health plan coverage has lapsed or expired at the time I receive services at NYU School of Medicine, and/or]

- 保険プラン補償を使用しないことを私が選択した場合、および／または、

[I have chosen not to use my health plan coverage, and/or]

- 私を担当する医師がこの保険プランに加入していない場合。

[The physician I see does not participate with my health care plan.]

FACULTY GROUP PRACTICE 財務方針および患者の責任

[FACULTY GROUP PRACTICE FINANCIAL POLICIES AND PATIENT RESPONSIBILITY]

- 届出されているメディケア署名(メディケアの患者のみ): 私は、承認されたメディケア給付金を私に支払うか、あるいは、入院中に治療を行ったプロバイダ、またはプロバイダによって提供されたすべてのサービスに対し、私のために支払うことを請求します。私は、私に関する医療情報およびその他の情報を持つ者が、これらの給付金、または関連サービスに対する給付金を決定するために必要な情報を、メディケアとその代理人に開示することを許可します。

[MEDICARE SIGNATURE ON FILE (Medicare Patients Only): I request that payment of authorized Medicare benefits be made either to me or on my behalf to all providers who treat me during my hospital stay or any services furnished to me by those providers. I authorize the holder of medical and other information about me to release to Medicare and its agents any information needed to determine these benefits or benefits for related services.]

患者のメディケア番号 _____
[Patient's Medicare Number]

患者の署名 _____
[Patient Signature]

- 付帯的サービス: 私は、NYU School of Medicine にいる間に、麻酔、心臓検査の解釈、医療画像サービス(例えば、X 線、MRI)および病理標本検査などの、特定の付帯的医療サービスを受ける場合があることを理解しています。私は、一部の医師は私のいる前ではサービスを提供しない場合があるものの、診断及び治療の過程に積極的に関与していることを理解しています。私はここに、保険会社が定めた方針またはプランの下、これらのサービスに対する直接の支払いを許可します。私は、これらの付帯的サービスの結果として、追加的請求が発生する場合があることを理解しています。私は、このようなサービスに関するすべての請求に関し、私の代わりに任意の第三者支払人によって支払われる給付金に対してクレジットが与えられた後の残高請求を支払うことに同意します。

[ANCILLARY SERVICES: I understand I may receive certain ancillary medical services while I am at NYU School of Medicine; such as, anesthesia, interpretation of cardiac tests, imaging services (e.g., x-rays, MRIs) and pathology specimen examination. I understand that some physicians may not provide services in my presence, but are actively involved in the course of diagnosis and treatment. I hereby authorize payment directly for these services under the policy(s) or plan(s) issued to me by my insurance carrier. I understand that I may incur additional charges as a result of these ancillary services; I agree to pay all charges due with respect to such services to the extent the charge is due after credit is given for benefits paid on my behalf by any third party payor.]

- 予約のキャンセルまたは無断キャンセル: 私は、必要なキャンセル通知を提出しなかった場合、または予約を守らずかつキャンセルしなかった場合、各診療所の方針に基づいてキャンセル料金を負担する場合があることを理解します。

[CANCELED OR NO-SHOW APPOINTMENTS: I understand that, based on the policy of individual physician offices, I may incur a cancelation fee if I do not provide the required notice of cancelation, or if I do not keep my appointment and have not canceled.]

私は、Faculty Group Practice の患者財務方針について、情報提供を受けました。私は、上記の情報について完全に説明を受け、理解しています。

[I have been provided the Faculty Group Practice Patient Financial Policies. I understand the information listed above which has been fully explained to me.]

患者の署名
[Patient Signature]

日付
[Date]

FACULTY GROUP PRACTICE 財務方針および患者の責任
[FACULTY GROUP PRACTICE FINANCIAL POLICIES AND PATIENT RESPONSIBILITY]

保証人の署名
[Guarantor Signature]

日付
[Date]

Faculty Group Practice 財務方針概要

あなたの医療ケアのためにNYU Langone Medical Centerをご選択いただき、ありがとうございます。あなたのヘルスケアを当院に委ねていただくことに感謝いたします。当院は最高の患者ケアを提供することに尽力しています。

ヘルスケア給付金と補償範囲の選択肢はますます複雑になっているため、患者としてのあなたの責任をより良く理解いただくようこの財務方針を作成しました。当院は提案されている治療を理解するのをお手伝いし、払い戻しのための保険請求の提出に関する質問にお答えするために、最善を尽くします。

健康保険契約は、自分と健康保険会社、または雇用者との間の契約です。自分の保険に、紹介者の必要の有無、事前認証、事前承認、外来請求の制限、利用する特定の医師、検査室および／または病院に対する要件など、特定の規則または規制があるかどうかを知っておくのは、本人の責任であることにご注意ください。控除免責金額、患者負担金、および／または共同保険料について熟知しておく必要があります。これは、当院の医師が参加するかしないかに関わらず、すべての支払人に適用されます。

現在の健康保険契約給付金について不明確な点がある場合は、給付金、自己負担料金、および補償範囲の限度についての詳細を知るためにプラン担当者にご連絡ください。

将来の参考のため、これらの方針を保管しておいてください。

保険補償範囲

現在の保険プラン情報を来院のたびに提供し、変更があった場合はお知らせください。コピーまたはスキャンして記録としてファイルに保管するため、保険カードのコピーを請求します。

予約またはサービスの前に、必要な紹介または承認を確認し、提供してください。ケアの提供の前にこれらを提供しない場合は、本人がケアの費用に対して責任を持つことになります。よくわからない場合は、明確にするためにプラン担当者に直接連絡してください。

当院の医師は多くの保険プランに属していますが、医師によって参加状況は異なります。予約の前に、医師がネットワーク内であり、そのサービスが自分のプランでカバーされることを確認してください。医師がネットワーク外の場合、ケアの費用は本人に請求されます。当院はネットワーク外に適用される給付金の有無を調べるお手伝いし、あなたに代わりプランへの請求を提出します。詳細については、下記のネットワーク外方針を参照してください。

プランに請求を提出して欲しくない場合は、いつでもお知らせください。

住所変更

あなたの正しい住所情報をファイルしておくことは重要です。住所、電話番号または他の連絡先情報に変更があった場合は必ずお知らせください。

自己負担金／共同保険／控除免責金額

サービス時にわかっている場合、自己負担金および共同保険料および／または控除免責金額を支払うよう求められます。

その他の請求書

麻酔、放射線検査、病理学、またはその他のサービスを、NYU Langone Medical Center で受けることがあります。これらの医師は、時に不在で、直接会うことはないかもしれません、重要な医療サービスを提供し、あなたの健康管理に関与しています。これらのサービスに対して追加費用がかかる場合があります。

さらに、NYU Langone Medical Center で、入院または外来ケアを受ける場合があります。その場合、これらのサービスに対して病院からの請求書を受け取ります。病院からの請求書は、医師のサービスとは別です。質問がある場合は、病院の請求オフィス（(800) 237-6977）までご連絡ください。

支払い

支払いは、サービス提供時、または請求オフィスからの明細書を受理した時点でなされなければなりません。現金、小切手、郵便為替またはクレジットカード (American Express, MasterCard, Visa および Discover) での支払いを受け付けています。不渡り小切手には \$20.00 の手数料がかかります。トラベラーズチェックは受け付けていません。

患者の皆様へのサービスの一つとして、当院では事前に録音されたメッセージによってご案内 [請求書支払い確認] の電話を差し上げており、またその他の重要な電話を差し上げる場合もあります。ご自分の携帯電話番号を提供することで、あなたはご自分の番号にそのような電話を受けることに同意することとなります。

非医療料金

以下のものには追加料金が適用されることがあります:

- 不渡り小切手
- 障害または他のフォームの記入
- 医療記録のコピー

予約のキャンセル

一般的に、NYU FGP では、ほとんどの来院について、24 時間(1 営業日)前までにキャンセルすることを義務付けています。処置または手術に関しては、48 時間(2 営業日)以上が必要な場合があります。週末および祝日は、営業日と見なされないのでご注意ください。予約に来院しなかった場合、または要求される通知期間にキャンセルしなかった場合は、追加料金が適用されることがあります:

- | | | | |
|-------------|------|---------|---------|
| • オフィスへの来院: | \$50 | • 新患来院: | \$75 |
| • 第二のオフィス来院 | \$75 | • 処置／手術 | 部門方針による |

ネットワーク外プロバイダ

医師があなたの保険プランに属していない場合、以下が適用されます:

- 一般来院に対しては、サービス提供時に全額支払わなければなりません。
- サービス提供日に求められる支払いは、合計請求の見積りであります。
- サービス／処置が行なわれる前に、見積り料金が示されます。
- 選択的手術および処置に対しては、サービス提供日以前に内金が必要です。
- 予約日の後に、実施されたサービスに対してプランに請求を提出します。
- ネットワーク外に適用される給付金がある場合でも、あなたは請求される料金全額に対し最終的責任を負います。
- プランによっては、支払い金が本人に送られる場合があります。この支払金を受け取った場合は、直ちに NYU Faculty Group Practice に払い戻さなければなりません。

補償範囲外のサービス

メディケアの患者 メディケアは、医師が推奨する一部のサービスをカバーしない場合があります。その場合、事前に知られ、事前受益者通知(ABN)が提供されるので、これを読んで署名してください。ABN は、自分が支払いに責任を負うことを知った上で、サービスを受けるかどうかを決めるのに役立ちます。ABN は注意深く読む必要があります。

メディケア以外の患者 プランでカバーされないサービスは、いずれも本人の責任となり、サービスの提供時または請求書の受領時に全額を支払う必要があります。

払い戻し

払い過ぎが判明した場合は、払い戻しが行なわれます。払い戻しがあるべきだと思われる場合は、請求オフィス ((877) 648-2964) にご連絡ください。

支払いの不履行

支払いをしない場合、その勘定は外部の取立代行業者に送られることがあります。勘定が取立代行業者に送られた場合は、残高を処理するために、自分で業者に直接連絡する必要があります。

方針および料金の変更

これらの方針および料金は、変更されることがあります。変更があった場合は、いつでもすぐお知らせするよう最善を尽くします。



医療ケアは高額になることがあります。支払い能力について懸念がある場合は、当院に連絡いただければ、勘定管理のお手伝いをいたします。これらの方針について質問がある場合は、お気軽に詳細について当院のマネジャーにお尋ねいただくか、請求明細書に記載されている請求オフィスの電話番号までお電話ください。



Faculty Group Practice
通訳サービスに対する患者同意書
Faculty Group Practice
PATIENT CONSENT FORM FOR INTERPRETER SERVICES

私は、すべての患者に公平なサービスを提供するという **NYU Faculty Group Practice** の方針を理解します。これにはプロの通訳者の利用が含まれますが、その目的は、医療に関する会話を英語以外の言語で行うことを希望する患者および家族と、医師との間のコミュニケーションを効率的にするためです。私は、これらのサービスに対して支払いの必要がないことを理解します。

I understand the NYU Faculty Group Practice's policies to ensure equal access to all patients. This may include the use of professional interpreters so patients and families who prefer to communicate their healthcare in a language other than English and their doctor can communicate effectively. I understand that I do not have to pay for these services.

私は、医師と医療情報について相談する際、プロの通訳者を参加させることに同意します。私はさらに通訳者が職業倫理規定に従うこと、つまり、私の医師またはそのスタッフと交わされるすべての会話情報は機密であることを理解しています。

I agree to having a professional interpreter present when I meet with my doctor to discuss medical information. I understand that the interpreter follows a professional code of ethics which means that all information discussed with my doctor or his staff is confidential



Faculty Group Practice
通訳サービスに対する患者同意書
Faculty Group Practice
PATIENT CONSENT FORM FOR INTERPRETER SERVICES

私の希望言語は: _____

My preferred language is:

通訳者の氏名: _____

Interpreter Name:

氏名(活字体)

Print Name

通訳業務の形態: _____

Interpreter Provided:

電話

Telephonic

対面

Face to Face

承認者: _____

Permission Given by:

親／保護者の氏名(活字体)

Print Name of Patient or Parent/Guardian

親または保護者の署名
Signature of Parent or Guardian

日付: _____

Date:

証人: _____

Witnessed by:

実務担当者—氏名および役職

Practice Representative – Name & Title

NYU Langone Medical Center

プライバシー保護方針に関する通知 (Notice of Privacy Practices)

この通知は、患者さまの医療情報がどのように利用され、開示されるか、ならびに、患者さまがこの情報にどのようにアクセスできるかについて説明するものです。よくお読みください。

当院は患者さまのプライバシーの保護に努めています

NYU Langone Medical Center(以下「NYU Langone」といいます)は、患者さまの健康情報の保護体制の維持に努めています。当院では、セキュリティが確保された電子健康記録を使用して、患者さまの情報を保管しています。患者さまの健康情報は、この通知に記載されている場合にのみ、利用または開示(共有)されます。この通知を受け取ったことを確認する「確認書」に署名をお願いいたします。

この通知の対象となる者

以下の病院・施設等に所属する NYU Langone の全従業員、医療スタッフ、研修生、学生、ボランティアおよび代理人は、このプライバシー保護方針を守ります。NYU Langone の病院・施設は以下を含みます:

- NYU Hospitals Center(略して「NYUH」)
 - Tisch Hospital
 - Rusk Rehabilitation
 - Hospital for Joint Diseases
 - NYU Lutheran Medical Center
 - NYUH の運営許可証に記載されている、その他すべての病院・施設等
- NYU School of Medicine (our Faculty Group Practices)
- Lutheran Augustana CECR
- Lutheran Certified Home Health Agency
- Community Care Organization
- Southwest Brooklyn Dental Practice

また、この通知は、NYU Langone の系統化されたヘルスケア協定(Organized Health Care Arrangement)の一部である、NYU Lutheran Family Health Centers にも適用されます。

NYU Langone の医療従事者が、他の病院・施設等で(例: Manhattan VA Medical Center または Bellevue Hospital Center)患者さまに治療を提供した場合は、その病院・施設等でお受け取りになるプライバシー保護方針に関する通知(Notice of Privacy Practices)が適用されます。

患者さまの情報の利用および共有

このセクションでは、患者さまの情報を当院が利用および共有するさまざまな方法について説明しています。これらの利用・共有目的については、通常、患者さまにお電話で連絡いたしますが、患者さまか

NYU Langone Medical Center

プライバシー保護方針に関する通知 (Notice of Privacy Practices)

ら電子メールを共有されている、または、テキストメッセージの送信を許可されている場合は、それらの方法でご連絡する場合があります。

当院が患者さまの情報を利用および共有するのは、主に、治療、支払いおよび医療業務の目的のためです。このような利用・共有は以下を意味します：

- 患者さまの治療を行うその他の医療従事者、または、処方箋を調剤する薬剤師に健康情報を共有します。
- 医療サービスの費用を請求したり、治療の事前承認を得るために、患者さまの保険会社に健康情報を共有します。
- 事業の運営、患者さまへの医療サービスの向上、医療専門家の教育、および、医療従事者のパフォーマンス評価のために、健康情報が利用・共有されます。

患者さまの健康情報を、当院の事業運営の支援を行う請求サービスなどの、業務関係者に共有することがあります。当院の従業員と同様に、すべての業務関係者も患者さまの健康情報のプライバシーおよび安全性を保護しなければなりません。

また、以下に関して患者さまに連絡するために、患者さまの情報を利用または共有することがあります：

- 健康・医療関連の給付またはサービスについて。
- 次回の診療予約について。
- 研究プロジェクトに参加されたいかどうかを伺う場合。
- NYU Langone の資金集めについて。

患者さまには、資金集めについての案内を受けない選択をする権利があります。受けない選択をするには、NYU Langone 開発事務所(NYU Langone Development Office)まで、developmentoffice@nyumc.org またはお電話で(212-404-3640 またはフリーダイヤル、1-800-422-4483)ご連絡ください。

患者さまが参加できる可能性のある研究プロジェクトについてのお知らせを希望されない場合は、research-contact-optout@nyumc.org または 1-855-777-7858 までご連絡ください。

機密健康情報の利用または共有には、特別な保護策が適用されます。機密健康情報には、HIV 関連情報、精神衛生情報、アルコールと薬物乱用治療情報、または、遺伝情報が含まれます。たとえば、ニューヨーク州法では、HIV 関連の機密情報は法律によって共有が認められた人物、または、患者さまが特定の許可書に署名することにより共有を認めた特定の人物にのみ共有することができます。患者さまの治療にこのような情報が含まれている場合は、プライバシー担当責任者(Privacy Officer)に連絡して、さらなる説明を受けてください。

NYU Langone Medical Center

プライバシー保護方針に関する通知 (Notice of Privacy Practices)

また、当院によるその他の方法での患者さまの情報の共有は、法律によって許可、または義務付けられる場合があります。以下のような目的のために、法律上の条件が該当する場合に限り、当院は患者さまの情報を共有することができます。各目的および共有する機関等の例：

- 公衆衛生および安全性：疾病、出生または死亡の報告。虐待、育児放棄、家庭内暴力の疑いがある場合の報告。公衆の健康や安全に対する重大な危険性を回避する目的。製品のリコールのモニタリング。安全性と品質管理目的のための情報の報告。
- 研究：治験審査委員会 (Institutional Review Board, IRB) により承認された健康記録のプロジェクトの分析で、プライバシー保護に対するリスクが低い場合。調査研究のための準備。死者の情報のみを必要とする研究。
- 司法上および行政上の手続き：裁判所や行政命令への対応。
- 労働災害補償およびその他の政府機関の要求：労災補償請求の支払いや公聴会。法律で許可された活動を行う健康監視機関。特別な政府機能（軍事、国家安全保障）。
- 法執行当局：容疑者や行方不明者を特定または捜索する法執行官。
- 法遵守：当院が政府によって義務付けられているプライバシー法を遵守しているかどうかを監査する保健社会福祉省 (Department of Health and Human Services)。
- 災害救済時：ご家族、友人および緊急事態において支援を行う法律によって許可された機関に通知する目的で、患者さまの居場所および状態に関する情報を共有します。
- 臓器、組織または眼の寄付や移植を取り扱う組織・団体。
- 職務を遂行する上で必要に応じて、検視官、監察医または葬儀社。
- 許可された利用または開示に付帯する共有：診療時間をお知らせするために待合室で患者さまのお名前を呼ぶ際、その場にいる他の人たちに患者さまのお名前が聞こえてしまう可能性があります。このような付帯的な利用および開示は、できるだけ最小限にするよう合理的な努力を行います。

以下の状況では、拒否されない限り、あるいは、患者さまからの特別の許可があった場合に、患者さまの情報を利用または共有する場合があります。何らかの理由で、個人情報の利用・共有に関する患者さまの要望を当院に伝えられない場合（意識不明の場合など）は、当院が患者さまの最善の利益と判断する場合に、患者さまの情報を共有する場合があります。

- 当院の患者名簿に含める目的。これには、神父や宗教指導者を含む聖職者によるサービス部門への名簿も含まれます。
- 患者さまの医療または医療費の支払いに関与するご家族、友人等。

以下の状況では、患者さまからの許可があった場合に限り、患者さまの情報を利用または共有します：

- 営業・販売目的
- 情報の販売または第三者からの支払い
- 精神療法の記録の大半の開示
- この通知に記載されていないその他の目的

NYU Langone Medical Center

プライバシー保護方針に関する通知 (Notice of Privacy Practices)

プライバシー担当責任者(Privacy Officer)に連絡することにより、この許可を撤回(取り消し)することができます。ただし、許可によってすでに履行した場合を除きます。

患者さまの権利

患者さまには、ご自分の健康情報に関する特定の権利があります。患者さまは以下を行なうことができます:

- ご自分の医療記録の書面のコピーまたは電子コピーを確認または受け取ることができます。合理的な費用に基づく料金が請求される場合があります。ただし、書面によるコピーの場合、1ページにつき 75 セントを超えることはなく、電子記録に対する電子媒体の提供の場合は、その合理的な費用を超えることはありません(記録の郵送を希望された際は、郵便料金が追加されます)。記録の提供は、ご依頼から 3~10 日以内に行ないます。何らかの遅延がある場合は、お知らせいたします。また、患者さまの健康情報については、NYU Langone のセキュリティが確保された患者ポータル、MyChart <https://mychart.nyulmc.org/>を利用して、直接閲覧することができます。
- 機密性が守られた通信手段を要求することができます。当院からの連絡について、特定の手段(例:携帯電話で)で行なうよう求めることができます。合理的な要求にはすべてお応えします。
- 治療、支払いおよび医療業務の目的で、患者さまの情報を利用および共有することを制限するよう求めることができます。当院は患者さまの要望に同意することを義務付けられていませんが、その内容を確認いたします。医療費を全額自己負担される場合で、患者さまの保険会社にその情報を共有しないことを求められる場合は、当院によるその情報の共有が、法律で義務付けられていない限り、そのご要望に同意いたします。
- 患者さまの医療記録が不正確または不完全である場合、その修正を求めるすることができます。当院は、患者さまのご要望に応えられない場合もありますが、その理由については、60 日以内に書面で通知いたします。
- 情報を共有した人物の一覧を受け取ることができます。過去 6 年間の、患者さまの情報を共有した状況およびその理由の一覧(記述)を要求することができます。すべての開示がこの一覧に含まれる訳ではありません(治療、支払いまたは医療業務に対する開示は含まれません)。患者さまは、12 か月に 1 回、無料でこの一覧を取得する権利がありますが、追加を要求される場合は、費用が請求されることがあります。
- このプライバシーに関する通知のコピーを取得することができます。当院までお問い合わせいただくと、ご希望の形態(書面または電子)でコピーを提供いたします。
- 患者さまの代理人を選択できます。この「個人的代理人」は患者さまの権利行使し、健康情報に関する決定を行なうことができます。法律によって未成年者が自身のために行動することを許可されていない限り、両親および保護者は一般的に、その未成年者に対して行動する権利があります。
- 患者さまの権利が侵害されたと思われる場合は、苦情を申し立てることができます。NYU Langone のプライバシー担当責任者(Privacy Officer)または米国保健社会福祉省長官

NYU Langone Medical Center

プライバシー保護方針に関する通知 (Notice of Privacy Practices)

(Secretary of the United States Department of Health and Human Services)に連絡することができます。苦情を申し立てても、患者さまに対して報復や措置を講ずることはできません。

- 電子医療記録に関して追加的プライバシー保護対策を求めることがあります。

当院の責任

- 当院は、法律により患者さまの健康情報のプライバシーを守ることが義務付けられています。
- プライバシーの侵害が発生し、患者さまを特定できる情報の安全性あるいはその機密性が損なわれる可能性がある場合は、その旨を患者さまに通知いたします。
- 当院は、この通知に記載されているプライバシー保護方針に従い、患者さまには、この通知のコピーを提供することが義務付けられています。
- 当院は、この通知の内容を変更する権利を有します。そのような変更があった場合は、患者さまについて当院が保持するすべての情報に適用されます。変更後の新しい通知は、ご要請があれば提供し、当院のウェブサイト www.nyulangone.org にも掲載いたします。

ご質問または懸念

この通知に記載されている患者さまの権利についてご質問がある場合、あるいは、権利を行使したい場合は、プライバシー担当責任者(Privacy Officer)までご連絡ください。郵送: One Park Avenue, 3rd Floor, New York, New York 10016, Attention: (Privacy Officer)、電話: 1-877-PHI-LOSS または 212-404-4079、または電子メール: compliance.help@nyumc.org をご利用ください。

患者さまの権利行使するためのご要請のほとんどは、プライバシー担当責任者(Privacy Officer)または適切な診療所または病院の部門に書面で行う必要があります。詳細または要請書が必要な場合は、プライバシー担当責任者(Privacy Officer)にお問い合わせいただくか、
<http://nyulangone.org/policies-disclaimers/hipaa-patient-privacy> をご覧ください。

この通知は、2016年1月1日より有効です。



NYU Langone Medical Center

プライバシー保護方針に関する通知 (Notice of Privacy Practices)

プライバシー保護方針に関する通知 (Notice of Privacy Practices)の確認書

この確認書に署名することにより、私は NYU Langone Medical Centerのプライバシー保護方針に関する通知(Notice of Privacy Practices)のコピーを一部受け取ったことを認めます。

患者様氏名: _____

署名: _____ 日付: _____

個人的代理人の氏名(該当する場合): _____

個人的代理人の権限(例:親、保護者、医療判断の代理人):

2016年1月1日より有効。



医師グループ診療[FACULTY GROUP PRACTICE] 検査の支払情報

医療機関としてNYU Langone Medical Center医師グループ診療[Faculty Group Practice]をご選択いただきまして、誠にありがとうございます。NYUが提供する検査サービスまたは検査検体は、NYU Langone Medical Center外来患者検査室へ送られて処理されます。外来患者検査は、医師の受診とは別に支払われる病院のサービスです。NYU Langone Medical Center検査室は、ほとんどの医療保険に対応していますが、一部の医療保険は特定の検査機関を優先しています。提供されるサービスが病院の共同保険料および控除金額の対象となる可能性があるため、ご自身の給付内容について理解するため、検査プランを見直してください。患者様各自の責任の下にご自身の医療保険給付について把握し、各来院時にご希望の検査機関を当施設のスタッフまたは医師に通知してください。当施設は、患者様の依頼に基づいてご希望の検査機関に検体を送付します。

ご質問がある場合には、当施設の診療スタッフが直接お答えするか、もしくは、患者様の保険会社へご案内いたします。

NYU Faculty Group Practice
非参加財務同意書
[NON-PARTICIPATING FINANCIAL AGREEMENT]

私は NYU School of Medicine から、担当医師が私の保険プランに参加していないため、提供されるサービスの全額支払いに対して財務上の責任を負うことを知らされました。そのため、私は以下に同意します：

[I have been advised by NYU School of Medicine that my physician does not participate with my insurance plan and therefore, I will be financially responsible for full payment of services rendered. As such, I agree to the following:]

オフィスサービス (来院) [Office Services (Doctor Visits)]

- 定期的来院に対する支払いは、サービス提供時に全額支払うことになっています。
[Payment for routine office visits is expected in full at the time services are rendered.]
- 予約時に支払いの見積りを知らされます。
[I will be informed of the estimated payment at the time of scheduling.]
- 私のために、案内用として請求書が私の保険会社に送られます。
[A courtesy claim will be sent to my insurance carrier on my behalf.]
- 場合によってはサービス提供時に実際の合計請求額がわからないことがあります。実際の請求金額がサービス提供時に支払った額より大きい場合、残高が請求され、私はそれに対する支払い責任を負います。実際の金額が私が支払った金額より少ない場合、払い戻しを受けるか、過分の支払いをその他の患者負担額に適用します。
[In some cases the actual amount of total charges may not be known at the time of service. Should the actual charges be more than the payment made at time of service, I will be billed for and responsible for any remaining balances. Should the actual amount be less than I paid, I will receive a refund or elect to have the overpayment applied to other patient responsible balances.]
- ネットワーク外に適用される給付がある場合、控除免責金額を差し引き、プランのネットワーク外規定に従って保険会社が支払いを行ないます。私は保険会社が支払う額にかかわらず、請求書の残高に対する支払い責任を負います。
[If I have out-of-network benefits, my insurance carrier will make payment, less deductible and according to the out-of-network provisions of my plan, and I will be responsible for the balance of my bill no matter what the insurance company pays.]

来院の一部ではない検査サービス (心電図、エコーなど)
[Testing Services Not Part of the Doctor Visit (EKG, Echo, etc.)]

- 私のために、案内用として請求書が私の保険会社に送られます。
[A courtesy claim will be sent to my insurance carrier on my behalf.]
- 保険会社によって支払われなかつた残高は、私に請求され、私はそれに対する支払い責任を負います。
[I will be billed for and responsible for any balances not paid by my insurance.]



選択的手術（入院、外来およびオフィスベース）
Elective Surgeries (Inpatient, Outpatient and Office-Based)

- 私は予約時に見積り額を知らされ、サービス提供前に財務同意書に署名することを求められます。
[I will be informed of the estimated amount at the time of scheduling and asked to sign a financial agreement prior to provision of the service.]
- サービス提供前に、見積り請求額の 20% の最低前払い額が徴収されます。
[A minimum pre-payment of 20% of the estimated charges will be collected prior to the service being rendered.]
- 要請があれば、私のために、案内用として請求書が私の保険会社に送られます。
[A courtesy claim will be sent to my insurance carrier on my behalf, if requested.]
- サービスの前に見積られた額は推定であり、実際の請求額とは異なる場合があります。私は残高を請求され、その支払い責任を負います。
[The amount quoted prior to the service is an estimate and actual charges may vary; I will be billed for and responsible for any remaining balances.]

私は、すべての残高は NYU からの明細書の受領時に支払われるべきであることを理解しています。また、保険会社が私に直接支払った場合、私はその支払い額を直ちに NYU に送金することを理解しており、これに同意します。

[I understand that all balances are due upon receipt of statement from NYU. I also understand and agree that if my insurance company makes payment to me directly I will forward that payment to NYU immediately]

患者の氏名（活字体）
[Print Patient Name]

医師の氏名（活字体）
[Print Physician Name]

患者の署名
[Patient Signature]

保険プラン
[Insurance Plan]

日付
[Date]

NYULMC HIE、Care Everywhere および Healthix 概要説明書

NYULMC HIE、Care Everywhere および Healthix における患者情報および同意プロセスに関する詳細:

1. **あなたの情報の利用方法。**あなたの電子健康情報は、HIE 参加者および Care Everywhere プロバイダにより、以下の目的にのみ利用されます。

- 治療および関連サービスを提供する。
- 医療保険の有無とその保障範囲を確認する。
- すべての患者様に提供される医療ケアの質を評価し、向上させる。

州法および連邦法により別途許可される場合を除き、および Healthix によって許可されている場合、あなたの電子健康情報は NYULMC 医療保険プランによって以下の目的でのみ開示、アクセス、および使用されます。

- 医療ケア管理活動を提供する。これには、あなたが適切な医療ケアを得るためにサポート、提供される医療ケアサービスの質の向上、提供されるさまざまな医療ケアサービス提供の調整、または医療ケアのプランに従うためのサポートが含まれます。
- 品質向上のための活動を提供する。これには、あなたおよびすべての NYULMC 患者様とメンバーに提供される医療ケアの質に対する評価と向上が含まれます。

注記: 本同意書であなたが行う選択は、医療保険会社があなたに医療保険を提供するか否か、または、病院からあなた宛ての請求書の支払を行うか否かを決定する目的であなたの情報にアクセスすることを許可するものではありません。医療保険会社が使用を義務付けられている別の同意書で、その選択をすることができます。

2. **あなたの医療情報に含まれる情報の種類。**あなたが同意した場合、HIE 参加者および Care Everywhere プロバイダは、NYULMC HIE を通じて入手できるあなたの全電子健康情報にアクセスすることができ、さらに、NYU Hospitals Center のすべての職員、代理人、医療スタッフのメンバーは、Healthix を通じて入手できるあなたの全電子健康情報にアクセスすることができます。これは、本同意書の日付前および日付後に作成された情報を含みます。あなたの医療記録には、あなたの病歴または負傷歴(糖尿病、骨折など)、検査結果(レントゲン、血液検査など)、およびあなたが服用した薬剤リストが含まれることがあります。この情報は、以下を含むがこれに限定されない、健康状態に関する機密情報に関する場合があります。

• アルコールまたは薬物使用の問題	• メンタルヘルス状態
• 受胎調節および妊娠中絶(家族計画)	• HIV/エイズ
• 遺伝性疾患または遺伝子検査	• 性感染症

3. **あなたに関する健康情報の情報源。**あなたに関する情報は、医療ケアまたは医療保険(「情報源」)をあなたに提供した機関によりもたらされます。これには、病院、医師、薬局、臨床検査室、医療保険会社、メディケイドプログラムおよび電子的に健康情報を交換する他の e 医療機関が含まれる場合があります。最新の HIE 情報源に関する全リストは、NYU Hospitals Center または、あなたの HIE に参加しているヘルスケアプロバイダから入手することができます(該当する場合)。情報源の最新版リストは、NYULMC HIE のウェブサイト <http://health-connect.med.nyu.edu> からいつでも入手できます。NYULMC HIE プライバシー担当責任者[NYULMC HIE Privacy Officer]にお問い合わせの場合は、NYU Langone Medical Center, Privacy Officer, One Park Ave, 3rd Floor, New York, NY 10016 まで書面にて、もしくは、212-404-4079 までお電話でお問い合わせできます。最新の Healthix 情報源に関する全リストは Healthix から入手することができます。また、Healthix のウェブサイト <http://www.healthix.org> を通じて、あるいは Healthix にお電話(877-695-4749)いただければ、いつでも取得することができます。

4. **あなたが同意した場合、あなたに関する情報にアクセスできる者。**次の者のみがあなたに関する情報にアクセスすることができます。承認された HIE 参加者の医療スタッフの一員である医師および他のヘルスケアプロバイダ、またはあなたの医療ケアに関わっている Care Everywhere プロバイダ。承認された HIE 参加者または Care Everywhere プロバイダの医師のための代行または待機するヘルスケアプロバイダ。品質向上またはケア管理活動に関わっている指名されたスタッフ。上記第 1 項の記述通り、本同意書によって許可された活動を実施する承認された HIE 参加者または Care Everywhere プロバイダのスタッフメンバー。

5. **個人情報の不正入手または使用に対する罰則。**電子健康情報への不正アクセスまたはその使用に対しては罰則があります。個人情報を見るべきではない、またはアクセスすべきではない者がそうしたと疑われる場合は、いつでも、あなたが記録へのアクセスを承認した HIE 参加者または Care Everywhere プロバイダに電話してください。もしくは、NYULMC HIE ウェブサイト: <http://health-connect.med.nyu.edu> をご覧になるか、ニューヨーク州保険部門[NYS Department of Health]: 877-690-2211 までお電話ください。あなたの個人情報を見るべきではない、またはアクセスすべきではない者が、Healthix を通してそれを行ったと疑われる場合は、Healthix: 877-695-4749 までお電話するか、Healthix ウェブサイト: <http://www.healthix.org> をご覧になるか、もしくは、ニューヨーク州保険部門: 877-690-2211 までお電話ください。

6. **情報の再開示。**あなたの電子健康情報は、州および連邦の法規制が許す範囲内でのみ、HIE 参加者または Care Everywhere プロバイダによって他者に再開示することができます。これはまた、書面で存在するあなたの健康情報についても同様です。上記第 2 項の記述通り、あなたが同意した場合、機密健康情報を含むあなたのすべての電子健康情報が、NYULMC HIE および Healthix を通して入手可能になります。一部の州および連邦法では、以下に関連する事項を含む、特定の機密健康情報に対して特別な保護措置を施しています。(i) 特定のプロバイダによるあなたの健康状態の評価、治療、または検査、(ii) HIV/エイズ、(iii) 精神疾患、(iv) 精神遅滞および発育障害、(v) 薬物乱用、(vi) 素因遺伝子検査。これらの機密健康情報を受け取る際は常に、特別な要件に従わなくてはなりません。Care Everywhere プロバイダを含む、これらの健康情報交換を通してこの情報にアクセスする NYULMC HIE、Healthix、および人物は、これらの要件に従わなければなりません。
7. **有効期間。**本同意書は、あなたが同意の撤回をする日まで、または、NYULMC HIE が運営を停止する時、もしくは、あなたの死亡から 50 年後のどちらか遅い方の日まで有効です。
8. **同意の撤回。**新しい同意書に署名し、「私は同意しません」を選択することによって、あなたの同意はいつでも取り消すことができます。これらのフォームは、NYULMC HIE のウェブサイト <http://health-connect.med.nyu.edu/>で入手できます。記入済フォームは、917-829-2096 までアクセスするか、もしくはあなたのプロバイダに提出してください。
- 注記:**あなたの同意書がまだ有効である間、NYULMC HIE および/または Healthix を通してあなたの健康情報にアクセスする Care Everywhere プロバイダなどの組織は、その組織の医療記録にあなたの情報をコピーまたは収録する場合があります。後日にあなたが同意を撤回すると決定した場合であっても、これらの組織は医療記録を返還、または組織の記録から削除する義務はありません。
9. **ボックスへのチェック拒否(選択拒否)。**「私は同意しません」のボックスにチェックした場合を除き、ニューヨーク州法は、救急時の治療提供者が、NYULMC HIE を通して得られる記録を含むあなたの医療記録へアクセスすることを許可しています。あなたが選択を行わない場合、記録はニューヨーク州法によって許可されている救急時を除いて、共有されることはありません。
10. **フォームのコピー。**あなたには、本同意書への署名後にそのコピーを取得する権利があります。
11. **同意拒否のリスク。**HIE 参加者および Care Everywhere プロバイダが、NYULMC HIE および Healthix を通してあなたの情報にアクセスするための同意を拒否する場合、ヘルスケアプロバイダは適時に前の受診で得られたあなたの重大な健康情報にアクセスできない可能性があります。

**医療情報交換、
CARE EVERYWHERE および HEALTHIX の
同意書**

本同意書にて、NYU Langone Medical Center 医療情報交換（「NYU Langone Medical Center Health Information Exchange, NYULMC HIE」）のウェブサイト <http://health-connect.med.nyu.edu/>（「HIE 参加者」）に記載されているヘルスケアプロバイダおよび、現在の治療のために医療記録へのアクセスを依頼する可能性のある NYU 以外のヘルスケアプロバイダ（「Care Everywhere プロバイダ」）が、NYULMC HIE によって運営されるコンピューターネットワークを通して医療記録にアクセスすることを許可するか否かについて選択していただくことができます。NYULMC HIE を通じて情報が得られる場合があるということを Care Everywhere プロバイダが知るためには、あなたが HIE 参加者の患者である、もしくは患者であったこと、さらに、このような情報は請求することによって得られる可能性があるということをあなたがプロバイダに伝える必要があります。これにより、あなたがヘルスケアを受けた各種医療機関における医療記録を収集し、あなたの治療を行うプロバイダがこれらの記録を電子的に入手することができるようになります。

また本同意書を利用して、NYU Hospitals Center の職員、代理人、または医療スタッフのメンバーが、医療情報交換システムである Healthix、または、ニューヨーク州によって認められている非営利団体の地域健康情報ネットワーク（Regional Health Information Organization、RHIO）を通じて電子医療記録の閲覧およびアクセスを行うことを許可するか否かについて決定していただくこともできます。これにより、あなたがヘルスケアを受けた各種医療機関における医療記録を収集し、あなたの治療を行うプロバイダがこれらの記録を電子的に入手することができるようになります。さらに本同意書は、あなたがプログラムの患者様またはメンバーである NYU Langone Medical Center が、Healthix を通じての情報開示が承認されている他のヘルスケアプロバイダからのあなたの記録にアクセスすることに対しても許可を与えます。最新の Healthix 情報源に関する全リストは Healthix から入手することができます。また、Healthix のウェブサイト <http://www.healthix.org> を通じて、あるいは Healthix にお電話（877-695-4749）いただければ、いつでも取得することができます。ご請求いただければ、あなたのプロバイダが Healthix ウェブサイトからこのリストを印刷してお渡します。

あなたの選択が、医療ケアまたは医療保険給付を受ける資格に影響することはありません。同意するか否かのあなたの選択が、医療サービスを拒否する根拠となることはありません。

NYULMC HIE および Healthix は、医療ケアサービスの質の向上を図るため、患者様の健康情報を電子的にかつ安全に共有します。このような共有は、e 医療または医療情報技術（医療 IT）と呼ばれます。ニューヨーク州の e 医療に関する詳細は、「優れた情報は優れたケアを意味する。[Better Information Means Better Care]」のパンフレットをご覧ください。このパンフレットは、あなたのヘルスケアプロバイダまたは www.ehealth4ny.org のウェブサイトから入手出来ます。

決断を下す前に、ファクトシート上の説明をよくお読みください。

同意の選択肢。本フォームへの記入は今すぐでも後日でも結構です。以下の選択肢があります。



以下のいずれかのボックスにチェックを入れてください。

1. 私は、NYULMC HIE のウェブサイトに記載されている HIE 参加者および Care Everywhere プロバイダのすべてが、NYULMC HIE を通じて私のすべての電子健康情報へアクセスすることに同意し、また、救急医療などの医療ケアサービス提供を含め、概要説明書に記載の認められた目的に関連して、NYU Hospitals Center のすべての職員、代理人および医療スタッフのメンバーが、HEALTHIX を通じて私のすべての電子健康情報へアクセスすることに同意します。

2. 私は、たとえ医療緊急時であれ、いかなる目的に対しても、NYULMC HIE のウェブサイトに記載されている HIE 参加者および Care Everywhere プロバイダのすべてが、NYULMC HIE または HEALTHIX を通じて私の電子健康情報にアクセスすることに同意しません。

注記：「私は同意しません」のボックスにチェックを入れた場合を除き、ニューヨーク州法は、救急時の医療提供者が、NYULMC HIE を通じて得られる記録を含むあなたの医療記録へアクセスすることを許可しています。あなたが選択を行わない場合、記録はニューヨーク州法によって許可されている救急時を除いて、共有されることはありません。

患者様の氏名（活字体）

患者様の生年月日

患者様または患者様の法定代理人の署名

日付

法定代理人の氏名（活字体）（該当する場合）

患者様に対する法定代理人の関係
(該当する場合)



HIV 検査の提供

ニューヨーク州公衆衛生法は、13 歳から 64 歳までの(リスクの徴候がある場合はこの範囲に限定されない)個人に対する HIV 関連検査の提供を義務付けています。この法律は、次の医療の場に適用されます。総合病院の入院患者ユニット、総合病院の救急科、病院および診断・治療センターの外来におけるプライマリーケア・サービス、プライマリーケアを提供する民間の診療所。義務的提供の例外は、個人が生死にかかわる緊急事態のために治療を受けている場合、個人が過去に提供されている、もしくは HIV 関連検査の対象であった場合、個人が同意能力を欠いており、同意することができる他の適任者がいない場合です。

同意または検査の前に、検査を手配する人は以下の説明を行う必要があります。

- HIV はエイズを引き起こすウイルスであり、性行為、注射針の共用を通して感染する場合があり、また、HIV に感染した妊婦から妊娠や出産中もしくは授乳中に乳児へ感染する可能性があること。
- 個人の健康維持に役立つ HIV/エイズの治療があること。
- HIV/エイズを持つ個人は、非感染者を HIV 感染から、また、感染者をさらなる HIV 株の感染から守る安全な行為を身に付けることができること。
- 検査は任意であり、公共の検査センターにて匿名で行うことができること。
- 法律が、HIV 検査結果および他の関連する情報の秘密を保護していること。
- 法律は個人の HIV 状態に基づいた差別を禁止しており、また、このような問題を支援するサービスが利用できること。
- 法律は、個人のインフォームドコンセントがその条件によって取り消しまたは期限切れになるまで、HIV 関連検査のインフォームドコンセントが有効であることを認めていること。

なぜ検査が重要なのか? HIV の状態を知ることは、ご自身の健康にとって重要です。テスト結果が陰性の場合、将来の感染から自分自身を守る方法を学ぶことができます。あなたが陽性の場合、他の人へのウイルス感染を阻止する措置を講じることができ、また、HIV の治療を受けて、健康を維持する他の方法について学ぶことができます。

_____はい、HIV 検査の提案を受け入れます。

_____いいえ、今日は HIV 検査を受けません。

患者様氏名: _____ 診療記録番号(MRN): _____

署名: _____
(同意する権限を持つ患者様または人物)

日付: _____



患者様用住所変更フォーム
[PATIENT UPDATED ADDRESS FORM]

日付: _____

[DATE]

氏名: _____

[NAME]

生年月日: _____

[DOB]

私、_____ は、前住所が下記の通りであったことを証します。

[I , verify that my previous address was:]

現住所は以下の通りです。

[I now reside at :]

患者様の署名

[Patient's Signature]

薬局情報

本診療所では、新しい電子医療記録システムであるEpicがインストールされているため、あなたの担当医がe処方をすることが可能になりました。

これにより、当日医師がお渡しする処方箋は自動的にご希望の薬局へ送られますので、手書きの処方箋をお渡しする必要がなくなります。

さらに、お薬の補給を切らした場合には、薬剤師が承認のため再処方依頼を本診療所に電子的に送付することもできます。 **注記：規制薬物は、e処方の対象外です。

e処方をご希望の方は、以下の情報を記入してください。

患者様氏名 : _____

ご希望の薬局	
薬局名 :	_____
住所 :	_____
市町村 :	_____
州 :	_____
郵便番号 :	_____
電話番号 :	_____
ファックス番号 :	_____

代替薬局	
薬局名 :	_____
住所 :	_____
市町村 :	_____
州 :	_____
郵便番号 :	_____
電話番号 :	_____
ファックス番号 :	_____

検査機関情報

ご希望の検査機関を確認するために、以下の選択肢の横にひとつだけチェックマークを付けてください。
 一部の医療保険プランでは、給付を受けるには特定の検査機関を利用する必要があり、このガイドラインに従わない場合、支払いが患者様のご負担となる場合があります。

選択する検査機関が分からぬ場合は、保険会社へお問い合わせください。

検査機関の選択を行わない場合、診療所はすべての検体検査をNYU検査室に設定します。

LabCorp	_____
Quest Labs	_____
NYU 検査室	_____
他の外部機関	_____

外部機関名を記入してください。 _____



NYU Faculty Group Practice
非参加プラン / 美容 / 自己負担 / 補償範囲外サービス
前払い財務確認フォーム

[Non-Participating Plans/Cosmetic/Self-Pay/Non-Covered Services
Pre-Payment Financial Acknowledgment Form]

日付 [Date] :	患者氏名 [Patient Name] :
患者 MR 番号 [Patient MR#] :	医師 [Physician] :
サービス予定日 [Expected Date of Service] :	見積費用 [Estimated Cost]:
内金金額 [Deposit Amount] :	保険プラン [Insurance Plan] :

財務に関する同意 [FINANCIAL AGREEMENT]

私は、担当医師が私の保険プランに参加していないため、私がサービスの費用に全責任を負い、見積料金を事前に支払うことになることを、NYU Faculty Group Practice から知らされました。私は上記のサービスを受けることを選択し、担当医師のサービスに対する合計費用の見積りを提供されました。私は、上記の額は見積りであり、実際の請求金額と異なる場合があることを承知しています。また、私はこの見積りに含まれていない付帯的サービス（放射線、麻酔、病理など）に対する追加的費用が生じる場合があることも理解しています。私のために、案内用として請求書が私の保険会社に送られます。

* 私は残額を請求され、その支払いの責任を負います。

[I have been advised by the NYU Faculty Group Practice that my physician does not participate with my insurance plan and therefore, I will be fully responsible for the cost of services and am



expected to pay the estimated fee in advance. I am choosing to have the above services rendered and have been provided with an estimate of the total cost for my physician's services. I am aware that the amount quoted above is an estimate and that actual charges may vary. I also understand that there may be additional costs for ancillary services (radiology, anesthesia, pathology, etc.) that are not included in this estimate. A courtesy claim will be sent to my insurance carrier on my behalf.* I will be billed for and responsible for any remaining balances.]

私は、すべての残高は NYU からの明細書の受領時に支払われるべきことを理解しています。

[I understand that all balances are due upon receipt of statement from NYU.]

私は上記の情報を読み、私の財務上の義務を理解しています。

[I have read the above information and I understand my financial obligations.]

署名

[Signature]

日付

[Date]

*保険会社がサービスに対する支払いを私に送った場合、私はその支払いを直ちに NYU Faculty Group

P r a c t i c e に送金します。

[*If my insurance carrier sends payment to me for the service I will immediately remit the payment to the NYU Faculty Group Practice.]