



保護医療情報の開示に関する許可

医療行為が必要な場合、伝道部会長は、医師や病院があなたの治療を行うことを承認します。医療機関は、「保護医療情報」(PHI)と呼ばれるあなたの健康に関する情報を、あなたの許可なく誰かと共有することはありません。この用紙に記入することによって、あなたは伝道部会長や教会の医師があなたの健康状態について情報を得ることを許可します。

情報が開示される個人の氏名

宣教師氏名	DMBA ID (利用可能な場合)	生年月日
-------	-------------------	------

私は、_____ (医療機関または施設) が私の保護医療情報を、伝道部会長および医師を含め、_____ 伝道部の指導者に開示することを許可します。

郵便番号・都道府県名・市町村名
住所
電話番号

開示される情報：身体的および精神的健康に関する情報（心理療法記録を除く）、すべての保険、請求、支払い、給付に関する情報、過去、現在、または将来の健康状態に関連するすべての症状、診断、治療、予後、検査結果、投薬に関する情報を含む医療記録。

情報開示の目的：宣教師として奉仕するための健康および適性を総合的に評価するため、また、末日聖徒イエス・キリスト教会の宣教師として奉仕する間の医療の管理および運営のため。

有効期限：この許可は、執行日から、宣教活動終了の1年後まで有効です。ただし、当該期日前に書面で取り消された場合は除きます。

署名：私は上記の情報が真実かつ完全であることを証明します。私は本許可証の複製を受領する権利を有しません。私は、Deseret Mutual Benefit Administrators (デザレット互惠管理者) 宛に書面で提出することにより、本許可証を取り消すことができます。宛先：Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145, USA. 取り消しは将来の行為に対してのみ有効であり、私の取り消しを受領する前のいかなる行為に対しても有効ではありません。本許可証に基づいて使用または開示された情報はすべて再開示の対象となることがあるため、プライバシー規則では保護されない可能性があります。

該当する医療の治療、支払い、登録、または適格性は、本許可を提供することが条件にはなりません。ただし、本許可証の署名を拒否したり、本許可証を取り消したりすると、末日聖徒イエス・キリスト教会の宣教師となったり、引き続き宣教師として仕える資格に影響を与える可能性があることを理解し、これに同意します。

宣教師の署名： _____ 日付： _____