



MISSIONARY  
MEDICAL  
*Serving those who serve*

## 保護の対象となる健康情報の使用／開示許可証

宣教師の氏名： \_\_\_\_\_

デゼレト相互登録番号： \_\_\_\_\_

わたしは以下の団体および個人に、保護されているわたしの全健康情報を使用し、相互に開示することを許可します。

1. デゼレト相互給付協会。宣教師医療課を含む
2. 末日聖徒イエス・キリスト教会伝道管理部の代表者／職員
3. 末日聖徒イエス・キリスト教会中央幹部
4. わたしが奉仕する伝道部の部長，ならびに部長夫人
5. わたしの所属するユニットのステーク会長会あるいは地方部長会，および監督会あるいは支部長会
6. 宣教師訓練センター職員
7. 学生健康センター職員
8. 以下に表示するわたしの両親／保護者（印がない場合は「はい」と見なす）

はい  いいえ 氏名 \_\_\_\_\_ 本人との続柄 \_\_\_\_\_ 出生年月日 \_\_\_\_\_

はい  いいえ 氏名 \_\_\_\_\_ 本人との続柄 \_\_\_\_\_ 出生年月日 \_\_\_\_\_

9. 上記以外で以下に指名する人

氏名 \_\_\_\_\_ 本人との続柄 \_\_\_\_\_ 出生年月日 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 本人との続柄 \_\_\_\_\_ 出生年月日 \_\_\_\_\_

- ・ わたしはデゼレト相互の医療プラバシーに関する通知を受け取り，熟読しました。
- ・ わたしはこの許可証のコピーを受け取る権利があることを承知しています。
- ・ この許可証の有効期間は，この証書を作成した日からわたしが宣教師を解任された 1 か年後までです。ただし，それ以前に文書を持って許可証の無効を申し入れた場合はこの限りにありません。文書の宛て先は以下の通りです。  
Deseret Mutual Benefit Administrators, Attention: Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145-0730, U.S.A.
- ・ 無効の申し入れは将来の行為に対して有効であり，デゼレト相互が無効申し入れを受け取る以前になされた行為は対象外となります。
- ・ 治療，支払い，医療給付金の加入や資格がこの許可証の提出の有無に左右されることはありません。ただし，当該法律が適用される場合を除きます。しかし，この許可証への署名を拒否，または無効にすると末日聖徒イエス・キリスト教会の宣教師として奉仕すること，あるいは奉仕を続ける資格に影響が出ることがあります。
- ・ この許可証に基づいて使用，開示された情報はすべて，再度開示されることがあります。従って，プライバシー保護規則による保護の対象から外れる可能性があります。
- ・ この書面をもって許可される保護の対象となる健康情報の使用および開示は，わたしが末日聖徒イエス・キリスト教会の宣教師である間，教会を代表し，また，教会の必要を果たす者として効果的に奉仕できるように，総合的な管理を目的として行なわれます。
- ・ 保護の対象となる健康情報の開示には，現在の診断，症状と治療と同時に，過去の病歴，症状，治療が含まれます。この情報は，わたしが肉体的，精神的に宣教師として奉仕するにふさわしい能力があるかどうかを決定するために使われます。

宣教師の署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_

この用紙は両面とも記入してください。

MM06JA1MMN0817



MISSIONARY  
MEDICAL  
Serving those who serve

## 精神・心理診療記録の使用／開示許可証

宣教師の氏名： \_\_\_\_\_

デゼレト相互登録番号： \_\_\_\_\_

わたしは以下の団体および個人に、わたしの精神・心理疾患や情緒的な疾病に関して、保護の対象となる健康情報をすべて入手し、使用し、相互に開示することを許可します。

1. デゼレト相互給付協会。宣教師医療課を含む
2. 末日聖徒イエス・キリスト教会伝道管理部の代表者／職員
3. 末日聖徒イエス・キリスト教会中央幹部
4. わたしが奉仕する伝道部の部長，ならびに部長夫人
5. わたしの所属するユニットのステーク会長会あるいは地方部長会，および監督会あるいは支部長会
6. 宣教師訓練センター職員
7. 学生健康センター職員
8. 以下に表示するわたしの両親／保護者（印がない場合は「はい」と見なす）

はい  いいえ 氏名 \_\_\_\_\_ 本人との続柄 \_\_\_\_\_ 出生年月日 \_\_\_\_\_

はい  いいえ 氏名 \_\_\_\_\_ 本人との続柄 \_\_\_\_\_ 出生年月日 \_\_\_\_\_

9. 上記以外で以下に指名する人

氏名 \_\_\_\_\_ 本人との続柄 \_\_\_\_\_ 出生年月日 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 本人との続柄 \_\_\_\_\_ 出生年月日 \_\_\_\_\_

- ・ わたしはデゼレト相互の医療プラバシーに関する通知を受け取り，熟読しました。
- ・ わたしはこの許可証のコピーを受け取る権利があることを承知しています。
- ・ この許可証の有効期間は，この証書を作成した日からわたしが宣教師を解任された 1 か年後までです。ただし，それ以前に文書を持って許可証の無効を申し入れた場合はこの限りにありません。文書の宛て先は以下の通りです。  
Deseret Mutual Benefit Administrators, Attention: Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145-0730, U.S.A.
- ・ 無効の申し入れは将来の行為に対して有効であり，デゼレト相互が無効申し入れを受け取る以前になされた行為は対象外となります。
- ・ 治療，支払い，医療保険の加入や資格がこの許可証の提出の有無に左右されることはありません。ただし，当該法律が適用される場合を除きます。しかし，この許可証への署名を拒否または無効にすると末日聖徒イエス・キリスト教会の宣教師として奉仕すること，あるいは奉仕を続ける資格に影響が出ることがあります。
- ・ この許可証に基づいて使用，開示された情報はすべて，再度開示されることがあります。従って，プライバシー保護規則による保護の対象から外れる可能性があります。
- ・ この書面をもって許可される保護の対象となる健康情報の使用および開示は，わたしが末日聖徒イエス・キリスト教会の宣教師である間，教会を代表し，また，教会の必要を果たす者として効果的に奉仕できるように，総合的な管理を目的として行なわれます。
- ・ 保護の対象となる健康情報の開示には，現在の診断，症状と治療と同時に，過去の病歴，症状，治療が含まれます。この情報は，わたしが肉体的，精神的に宣教師として奉仕するにふさわしい能力があるかどうかを決定するために使われます。

宣教師の署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_

この用紙は両面とも記入してください。

# 医療プライバシーに関する通知

## デゼレト相互給付協会

受信者：末日聖徒イエス・キリスト教会専任宣教師

これは、あなたの医療情報がどのように使われ、開示されるかを説明し、また、あなたがその記録を入手する方法を説明したものです。よく注意してお読みください。

デゼレト相互給付協会 (Deseret Mutual Benefit Administrator: 以下「デゼレト相互」とする) は、宣教師医療課を通して宣教師の健康上のケアを調整・管理するために、教会の伝道管理部より指定を受けた教会関連機関です。先ごろ、合衆国政府は新たなプライバシー法と規則を施行し、デゼレト相互もそれに従うことになりました。あなたの健康情報がどのように使われ、開示されるかを説明するこの医療プライバシーに関する通知をあなたに明示することは、この義務要項の一つとなっています。

### 1. 健康記録／情報とは何かを理解する。

病院、医者など医療機関を利用するごとに、記録が作成されます。一般的な記載事項には、症状、所見、検査結果、診断、治療、将来の治療計画などがあります。ほかにも手紙や管理書類が含まれることもあります。

保護の対象となる健康情報とは、保健データにリンクすると個人の特定に使用できる、個人特定情報を指します。この情報は（書類、電子、口頭など）様々の手段で保存、伝達されます。しばしば、健康記録、あるいは医療記録と呼ばれるこれらの情報はすべて以下の役割を果たしています。

- ・ 治療とケアを計画するための基礎
- ・ 治療に当たる医療従事者間の連絡手段
- ・ 施された医療行為を説明する適法の書類
- ・ 患者本人あるいは第三者が、治療費の請求に対する支払いを証明する手段
- ・ 医療従事者教育のための手段
- ・ 医療調査研究のためのデータ源
- ・ 国家の保健向上に携わる公の保健担当者向けの情報源
- ・ 施設、設備計画と市場調査のためのデータ源
- ・ 現在施されている健康上のケアとその成果を評価観察する手段

### 2. 健康情報に関するあなたの権利

デゼレト相互が保有する健康記録に関して、あなたには以下の権利があります。

- ・ 健康記録のコピーの閲覧と入手。
- ・ 健康記録の訂正。
- ・ 情報の使用と開示に対し、一定の制限を設けるよう要求する。
- ・ 健康情報開示の報告を受ける（治療、支払い、および治療の事務手続き以外を目的とする場合）。
- ・ 指定した方法と場所による健康情報に関する連絡を要求する。
- ・ 健康情報の使用および開示についてあなたが行った許可を無効にする。ただし、過去に使用および開示されたものに関してはその対象とはならない。

### 3. デゼレト相互が負う責任

デゼレト相互が負う責任は以下の通りです。

- ・ 個人の健康情報を内密に保つ。
- ・ デゼレト相互が入手し保有する個人情報に関する法的義務、および内密の保持を説明する通知をあなたに明示する。
- ・ この通知条項を遵守する。
- ・ あなたからの使用制限に関する要求に同意できない場合は、それを知らせる。
- ・ 健康情報の伝達方法および場所に関してあなたから正当な要望がある場合は、その便宜を図る。

保護の対象となる健康情報をあなたの許可なく使用し開示することはありません。ただし、治療、支払い、治療の事務手続きに使用される場合、あるいは法律で定められている場合はこの限りにありません。

デゼレト相互は、当方で保有する全記録の保護に関して運用方法を変更し、新しい条項を設ける権利を有しています。変更等は文書にて通知します。

### 4. その他の情報、および、問題が発生した場合の報告について

質問や詳細な情報を入手する場合は、デゼレト相互のコンプライアンス担当者（Compliance Specialist または Compliance Officer）まで電話、郵便、あるいは、ファックスでお問い合わせください。電話：1-801-578-5650 あるいは、1-800-777-1647 郵便：P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145-0730, U.S.A. ファックス：1-801-578-5907

あなたの個人情報保護に関する権利が侵されていると思われる場合には、デゼレト相互のコンプライアンス担当者、あるいは、合衆国政府の市民権局（OCR：Office for Civil Rights）に苦情の申し立てをすることができます。苦情の申し立ては必ず文書にし、郵送か電子メールで送付してください。OCRは申し立て方法の詳細をホームページ（[www.hhs.gov/ocr/hipaa/](http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/)）で提供しています。なお、苦情を申し立てたためにあなたに不利益が生じることはありません。

### 5. 治療、支払い、健康上のケアの事務手続きのための使用と開示について

- ・ **治療、支払い、健康上のケアの事務手続き**：デゼレト相互は治療、支払い、健康上のケアの事務手続きのために医療情報を使用することがあります。例として、治療に関して看護師や医師など、治療に当たる一連の医療従事者から得た情報は記録に残し、本人にとって最善の治療を決定するために使います。支払いに関しては、請求書は本人あるいは第三者に送られます。健康上のケアの事務手続きに関しては、医療費の有効利用と削減の方法を研究するために使用することがあります。

### 6. 適法の、または法律で要求される使用と開示について

- ・ **合衆国食品医薬品局（FDA）**：デゼレト相互は、食品、サプリメント、製品、製品の欠陥のそれぞれに伴う有害事象にかかわる健康情報、あるいは、市販後調査情報にかかわる健康情報を、製品のリコール、修理、取り替えを可能にするためFDAに開示することがあります。
- ・ **公衆衛生**：法律により、疾病、傷害、障害を予防し制圧する責任を負う公衆衛生機関や法的機関に個人の健康情報を開示することがあります。
- ・ **矯正施設**：あなたが矯正施設に入所した場合、あなた自身と他人の健康と安全のために、保護の対象となる健康情報がその施設あるいは代理人に開示されることがあります。
- ・ **法律の施行**：法律の要求に従い、あるいは適法の召喚状に応じて、法律の施行を目的に保護の対象となる特定の健康情報が開示されることがあります。