



MISSIONARY  
MEDICAL

# 保護対象の健康情報の使用と開示に関する 許可

情報が開示される個人の氏名

氏名： \_\_\_\_\_ DMBA IDまたは生年月日： \_\_\_\_\_

情報を開示できる者：末日聖徒イエス・キリスト教会およびこれに関連する組織。この中には、デザレット互恵管理者（DMBA）、DMBAのビジネスアソシエート、この許可の前または後に私を治療したすべての医療提供者や施設（精神衛生専門家など）が含まれません。

情報を受領できる者

1. DMBA（伝道医療部を含む）
2. 末日聖徒イエス・キリスト教会の伝道部およびリスク管理部の代表者と職員
3. 末日聖徒イエス・キリスト教会の大管長会
4. 自分の伝道部会長およびその配偶者。この中には史跡会長、神殿会長、訪問者センターのディレクターとその配偶者が含まれます
5. 伝道健康評議会に所属している個人
6. 自分の家族の聖職者リーダー（ビショップ、ステーク会長など）および地元の聖職者リーダーを補佐する事務官（ワードやステークの事務官など）
7. 宣教師訓練センターの担当者
8. BYU学生ヘルスセンターの担当者
9. 下記の両親・保護者（ボックスにチェックが入っていない場合は「はい」とみなされます）：
  - はい  いいえ 氏名： \_\_\_\_\_ 関係： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_
  - はい  いいえ 氏名： \_\_\_\_\_ 関係： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_
10. 自分の裁量で指名する以下の人物：
  - 氏名： \_\_\_\_\_ 関係： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_
  - 氏名： \_\_\_\_\_ 関係： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_

開示する情報：保護されている健康関連情報（PHI）。PHIは個人を識別できる情報で、医療提供者または医療プランによって維持あるいは転送される個人の過去、現在、または将来の身体的あるいは精神的健康状態に関するものです。PHIには、医療記録、症状の診断、治療、予後、検査結果、薬、保険請求に関する情報および支払いが含まれますが、これに限られません。

情報開示の目的：宣教師として仕えるための健康と適性の全体的な評価、および末日聖徒イエス・キリスト教会の宣教師として仕える間の医療の管理運営。

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。この許可は以下に書面を提出することで取り消せます：DMBA, Attention: Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145, USA。DMBAがこれを受領するまで取り消しは有効にはなりません。取り消しは書面による取り消しをDMBAが受領する前に生じたPHIの使用や開示には適用されません。

署名：私はここに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す。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されることがあるため、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、本許可証を提供することが条件にはなりません（該当する法律で別途許可されている場合は除きます）。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： \_\_\_\_\_

（次のページに続く）

MM06JA1MMN0220



MISSIONARY  
MEDICAL

# 心理療法記録の使用と開示に関する許可

情報が開示される個人の氏名

氏名： \_\_\_\_\_ DMBA IDまたは生年月日： \_\_\_\_\_

情報を開示できる者：末日聖徒イエス・キリスト教会およびこれに関連する組織。この中には、デザレット互恵管理者（DMBA）、DMBAのビジネスアソシエート、この許可の前または後に私を治療したすべての医療提供者や施設（精神衛生専門家など）が含まれます。

情報を受領できる者

1. DMBA（伝道医療部を含む）
2. 末日聖徒イエス・キリスト教会の伝道部およびリスク管理部の代表者と職員
3. 末日聖徒イエス・キリスト教会の大管長会
4. 自分の伝道部会長およびその配偶者。この中には史跡会長、神殿会長、訪問者センターのディレクターとその配偶者が含まれます
5. 伝道健康評議会に所属している個人
6. 自分の家族の聖職者リーダー（ビショップ、ステーク会長など）および地元の聖職者リーダーを補佐する事務官（ワードやステークの事務官など）
7. 宣教師訓練センターの担当者
8. BYU学生ヘルスセンターの担当者
9. 下記の両親・保護者（ボックスにチェックが入っていない場合は「はい」とみなされます）：
  - はい  いいえ 氏名： \_\_\_\_\_ 関係： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_
  - はい  いいえ 氏名： \_\_\_\_\_ 関係： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_
10. 自分の裁量で指名する以下の人物：
  - 氏名： \_\_\_\_\_ 関係： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_
  - 氏名： \_\_\_\_\_ 関係： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_

開示する情報：私の心理療法に関する記録。この中には、個人、グループ、共同、または家族カウンセリングのセッションでの会話を文書化あるいは分析する媒体で精神衛生専門家によって記録され、他の医療記録とは別個に保存されている情報が含まれます。

情報開示の目的：宣教師として仕えるための健康と適性の全体的な評価、および末日聖徒イエス・キリスト教会の宣教師として仕える間の医療の管理運営。

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。この許可は以下に書面を提出することで取り消せます：DMBA, Attention: Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145, USA. DMBAがこれを受領するまで取り消しは有効にはなりません。取り消しは書面による取り消しをDMBAが受領する前に生じたPHIの使用や開示には適用されません。

署名：私はここに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す。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されることがあるため、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、本許可証を提供することが条件にはなりません（該当する法律で別途許可されている場合は除きます）。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： \_\_\_\_\_