

診療および治療の承諾: 私は、OhioHealthに入院中、必要と判断されたすべての内科・外科の診療、検査、検診を受けることに同意します。医療看護および手術は精密科学に属するものではなく、リスク、傷害、さらには致死もありうることを承知します。また、OhioHealthに入院中に自分が受ける治療、処置、あるいは検査のどの結果も保障されるものではないことを承諾します。

治療の拒否: 私は、医師からの治療の提案を拒否した場合や自分に勧められた治療プロトコルを自分が終了しない場合に、OhioHealth ならびに個人の、かかる拒否や未終了から生じる結果の責任を負わないことを承知します。

情報の開示: 私は、自分が受けた診断および処置の過程で入手された自分の医療記録のすべて、あるいはどの部分でも、自分の病院における医療、診療、および/または看護の費用に財政支援する保険会社、労災保険会社、福祉機構などの組織に、そのコピーを開示することを OhioHealth に認めます。私は、この開示される情報には、ヒト免疫不全ウイルス (HIV) 検査、後天性免疫不全症候群 (AIDS) または AIDS 関連疾患、精神疾患、および/またはアルコールや薬物の依存症も含まれることを承知します。また、自分が契約する保険会社やその請負会社による使用および品質保障審査のため、あるいは地方自治体または連邦政府の法律により求められる場合の、医療情報の開示を認めます。私は、自分の家族の主治医、委託医師、またはその他、自分の診療に直接関わる医療ケアの直接提供者に、医療情報を開示することを OhioHealth に認めます。私は、OhioHealth における私の治療に関する法的な目的ならびに推奨された継続治療または経過観察のために提供した電話番号 (携帯電話番号を含む) に連絡することを、OhioHealthならびにその代理機関に明示的に認めるものとし、その連絡手段には、自動電話ダイヤリングシステムやその他のコンピュータ支援技術の使用が含まれるものとします。この同意は、書面により撤回された場合、または撤回がなくても署名当日から 1 年後に失効します。

受益権の譲渡/第三者支払人: 私は、自分または下記の患者に提供された、あるいはこれから提供されるすべての医療サービスについて、あらゆる保険契約、従業員給付プラン、および/または第三者支払人から受けるすべての第三者給付金の権利、権原、および利息を、OhioHealth の通常の、また慣習的な費用を超えない範囲で OhioHealth に譲渡します。私は、自分が契約している保険会社、第三者支払人、およびその他の第三者によるかかる支払いを許可します。第三者支払人、保険会社、または従業員給付プランによる給付金の決定に対し OhioHealth が異議を唱える場合には再検討の要求を承諾します。法令に定めがある場合を除き、私は、自分に提供される医療サービスが、契約する保険契約またはその他の第三者支払人による対象となるかどうかを事前に判断する責任を負います。

財務責任: 適用法ならびに OhioHealth と第三者支払人との間における該当契約の条項に従い、また下記の患者に提供された、あるいはこれから提供されるすべての医療サービスについて、財務的責任を負うこと、および以下でなされる「給付金の譲渡」の下で支払われない総計費用を OhioHealth に支払う義務を負うことに同意します。私が財務的責任を負うことに同意した入院費は、退院時に支払わなければならないものとします。他の差額は全額、請求書の受領から 30 日以内に支払わなければならないものとします。私は、自分に提供された医療サービス費用のうち、メディケア、メディケード、保険、またはその他の支払人による給付金に該当しない部分があれば支払う義務を負うことを理解します。

医療提供者および医師に対する医療給付金支払許可声明: 私は、社会保障法第 XVIII 章に従う支払申請において提供する情報が正確であることを保証します。私は、自分に関する医療情報またはその他の情報の保持者に対し、社会保障局および/またはメディケア制度またはその仲介者や保険業者にその目的または関連のメディケア申請に必要なあらゆる情報を開示することを許可します。私は、支払許可した給付金が、私に代わって OhioHealth および私に医療ケアを提供する医師ならびにグループへ直接支払われることを要請します。

禁煙の案内: 喫煙は、その種類に関わらず、OhioHealth のオハイオ中央部の病院施設の屋内外を問わず禁止されています。すべての患者様および訪問者様が、OhioHealth の禁煙方針を厳守してください。

個人情報保護に関する通知: 過去一年以内に、OhioHealth の個人情報保護方針に関する通知のコピーを受け取っています。

貴重品: OhioHealth は、所持品の紛失、盗難、または損傷には責任を負いかねますのでご注意ください。

院内患者のみ対象:

- 教育病院:** 私は、本病院が教育病院であることを承知し、自分の担当医の指示および監視の下、自分が受ける可能性のある診断、内科治療、および外科治療を実施することを、担当医をサポートする、および/または担当医と共に治療に参加する医学生、インターン、レジデント、フェロー、看護師、およびその他のヘルスケア職員に許可することに同意します。
- 費用情報:** 私は、オハイオ改正州法 (Revised Code) 第 3727.12 章に則り、病院の費用情報を取得する権利があることを理解しています。
- 在宅治療、ホスピス、および耐久医療機器 (DME):** 私は、退院後に必要になる可能性のある介護の提供者/供給者を選択する自由と権利があることを承知しています。私は、介護の持続性と質を高めるために、私が別の提供者/供給者を選択しない限り、一般的に退院後に病院が在宅治療のための HomeReach やその他の OhioHealth の付属機関、ホスピスサービス、および DME を使用することを認識しています。私は、入院/登録の冊子に利用可能なその他の機関のリストが渡されること、退院をサポートするケアマネージャーにがこのリストのコピーをもう一部入手できるように要請できること、または別の介護提供者の希望をいつでも表明できることを理解しています。
- 患者の権利:** 「患者の権利」情報のコピーを提供されています。この説明書は、www.ohiohealth.com にも掲載されています。
- 事前指示書:** OhioHealth の事前指示書に関する情報のコピーを提供されています。この指示書も、www.ohiohealth.com に掲載されています。
- 私は、病院の名簿に載らないよう選択する機会が与えられたこと、また要望に応じて追加情報が提供されたことを認識しています。

承認

以下の署名をもって、この同意書を読み理解したこと、またこの同意書を十分に理解した上で同意するために質問し、明確な回答を得る機会が与えられていたことを承認します。

患者名 (楷書): _____ **生年月日:** _____

患者本人の署名 _____ 日付 _____ 時刻 _____

患者の正式代理人の署名 _____ 日付 _____ 時刻 _____

代理人署名の証人の署名 _____ 日付 _____ 時刻 _____



一般同意