

# CONSENT TO MEDICAL TREATMENT

## 医療承諾書

1. ファミリーヘルスアンドメディスンおよび同病院の医師が、ヒト免疫不全ウイルス(HIV)、後天性免疫不全症候群(AIDS)、エイズ関連症候群(ARC)、薬物/アルコール濫用の診断または処置、社会的心理学的治療等に関する情報を含むいかなる医療記録も次の者に公表することを許可します。a) 第三者支払人、保険代理店、保険業者またはその代理人で治療に関する費用の一部または全部について支払い義務の生ずる可能性のあるもの、b) 治療の引継の目的を持つ医療施設または医師、c) 保険会社、給付制度、患者、その配偶者または財産に対する取立て義務に関し、ファミリーヘルスアンドメディスンを代理する弁護士、d) 法により定められた国または州の機関
2. 医療行為は精密科学ではなく、治療または処置の結果について何の保証も確約もされていないことを了解します。
3. 全ての医療行為についての保険支払は、保険会社から直接ファミリーヘルスアンドメディスンに支払うよう指示および許可します。胸部 X 線、心電図、その他の検査または手続きのうち、健康保険の補償範囲外のものについては支払いの義務があることを認めます。私と保険会社との間に争議または意見の相違が生じた場合でも、病院に対する支払の第一責任者は私であることを認めます、控除額および自己負担額を含む、保険会社の補償範囲外の請求額全てを、病院を出るときまたは定期的な支払日に支払うことを同意します。

上記の医療承諾書を読み、良く理解しました。

患者による承諾

日付

患者の署名、未成年の場合は親または保護者の署名

証人の署名

続柄



31330 Northwester Hwy, Ste D  
Farmington Hills, MI 48334  
Ph: 248.918.2337