

Consumer Consent to Share Information

情報共有に関する 利用者の同意

To record freely given informed consumer consent to share their information with a specific agency/ies for a specific purpose/s.

特定の目的で特定のエージェントと情報を共有するために十分な説明を提供されたうえで、利用者による同意書を記入する。

Consumer

利用者

Name:

氏名:

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

生年月日: 日/月/年 / /

Sex:

性別:

UR Number:

UR番号:

or affix label here
またはここにラベルを添付

Section 1: Proposed Information Uses and Disclosures

セクション1: 提案される情報の利用と開示

Service Type サービス区分 Examples: - Physiotherapy - Specialist consultant 例: - 理学療法 - 専門医の検診	Name of Agency エージェントの名前 Examples: - Any agency - Nominated clinic 例: - 任意のエージェント - 指定クリニック	Type of Information <i>(including limits as applicable)</i> 情報の種類 (該当する制限を含む) Examples: - All relevant information - Test results only 例: - すべての関連情報 - 検査結果のみ	Purpose/s 目的 Examples: - Referral - Care coordination 例: - 照会 - 看護体制の調整

Consumer Consent to Share Information

Section 2: Record of Consumer Consent

セクション2：利用者による同意の記録

2(a) Written Consumer Consent Or

2(a) 書面による利用者の同意 または

The worker/practitioner has discussed with me how and why certain information about me may be shared with other service providers. I understand this and I give my informed consent for the information to be shared as detailed above.

私のワーカー/医師は、私に関する特定の情報が他のサービス提供者との間で共有される方法と、その必要がある理由について私と話し合いました。私はその内容を理解し、上記に説明されるとおり情報を共有することに同意します。

Signed: _____

署名: _____

Dated: dd/mm/yyyy / /

日付: 日/月/年 / /

Signed by: _____

署名者: _____

Consumer OR

利用者 または

Authorised representative on behalf of:

承認された代理人:

(Consumer)

(利用者)

Witnessed by: _____

証人: _____

Signed: _____

(Worker/Practitioner)

署名: _____

(ワーカー/医師)

Dated: dd/mm/yyyy / /

日付: 日/月/年 / /

Worker/Practitioner Name: _____

ワーカー/医師の名前: _____

Position: _____

役職: _____

2(b) Verbal Consumer Consent

2(b) 口頭による利用者の同意

Worker/Practitioner Use Only

ワーカー/医師の使用のみ

Verbal consent should only be used where it is not practicable to obtain written consent.

口頭による同意は、書面での同意を取得できない場合にのみ使用できます。

I have discussed with the consumer/consumer's authorised representative how and why certain information may be shared with other service providers. I am satisfied that this has been understood and that informed consent for the information to be shared as detailed above has been given.

私は、利用者又は利用者が承認した代理人と、特定の情報が他のサービス提供者との間で共有される方法と、その必要がある理由について話し合いました。私は、利用者がこの内容について理解した上で、上記で説明されたように情報が共有されることについて同意が得られたことと確信しています。

Signed: _____

(Worker/Practitioner)

署名: _____

(ワーカー/医師)

Dated: dd/mm/yyyy / /

日付: 日/月/年 / /

Worker/Practitioner Name: _____

ワーカー/医師の名前: _____

Position: _____

役職: _____

To ensure the consumer/consumer's authorised representative is able to make an informed decision about consent to the sharing of information as detailed above, the worker/practitioner should: (tick when completed)

利用者又は利用者が承認した代理人が、上記で説明されている情報の共有について同意することに関して十分に説明を受けて決定ができるように、ワーカー/医師は、以下のことを行う必要があります。(終了したらチェックマークを付ける)

1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies
1. 他のサービス/エージェントと共有される可能性がある情報について利用者とは話し合う。
2. Explain that the consumer's information will only be shared with these services/agencies if the consumer has agreed and, when referring, advise that referral for service can still proceed if the consumer does not want information disclosed
2. 利用者が情報の開示を希望しない場合でもサービスへの照会に関しては続行でき、利用者が同意および通知している場合にのみ、利用者に関する情報がこれらのサービス/エージェントとの間で共有されることを説明する。
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure 'Your Information – It's Private'
3. パンフレット「あなたの情報はプライベートな情報です」など、プライバシーに関する情報を利用者に提供する。
4. Provide the consumer with a copy of this form if requested (see guidelines) once completed
4. 記入が終わった後、要請があれば(ガイドラインを参照)このフォームのコピーを利用者に提供する。

Produced by the Victorian Department of Human Services, 2009

This information collected by:		CCSI Page 2 of 2
Name: _____	Position/Agency: _____	
Sign: _____	Date: dd/mm/yyyy / /	Contact number: _____