

Consent to share information

情報共有に関する同意

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

目的：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: Personal/health information to be shared

セクション1：共有する個人情報/医療情報

Service Type サービス区分	Name of Agency エージェントの名前	Type of Information 情報の種類	Purpose/s 目的
Examples: - Physiotherapy - counseling 例： - 理学療法 - カウンセリング	Examples: - Strawberry Community Health centre - Blueberry City Council 例： - Strawberry Community医療センター - Blueberry市役所	Examples: - all relevant information - exceptions as stated by consumer 例： - すべての関連情報 - 利用者により説明される例外	Examples: - referral - shared care/case planning - informing services participating in consumer's care 例： - 照会 - 共有ケア/ケースプラン作成 - 利用者のケアに参加しているサービスへの通知

Consent to Share Information 情報共有に関する同意

Section 2: Record of consent

セクション2：同意の記録

Written consumer consent
 書面による利用者の同意

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

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上記に説明されるとおり私と話し合いました。私はこれを理解し、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 / /

or
または

Verbal consumer consent

口頭による利用者の同意

I have discussed with the consumer 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、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方法について、利用者と話し合いました。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。

or

または

Consumer does not have the capacity to provide consent

利用者が同意を提供する能力がない場合

(that is, they do not understand the nature of what they are consenting to, or the consequences)

(つまり、同意している内容の性質、またはその結果が理解できない場合)

Consent given by authorised representative _____

(name of authorised representative)

承認された代理人により提供される同意 _____

(承認された代理人の名前)

There is no authorising representative or they were uncontactable; therefore, the information 2001* will be shared as set out in the Health Records Act

承認された代理人がないか、代理人に連絡できません。したがって、情報は保健記録法2001*に規定されるとおりに共有されます。

**If it is not reasonably practical to obtain consent from an authorised representative or the consumer does not have an authorised representative, health information can still be shared in the circumstances set out in the Health Records Act 2001. This includes where the sharing of information is done by a health service provider and is reasonably necessary for the provision of a health service or where there is a statutory requirement.*

*承認された代理人から同意を取得することが妥当に実施可能でない、または利用者に承認された代理人がない場合、保健記録法2001に規定されるとおりに医療情報を共有することができます。これには、情報の共有が、医療サービス提供者により行われており、医療サービスの提供のために妥当に必要とされる場合、あるいは法律で要求されている場合が含まれます。

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

利用者また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 once completed.
4. 記入が終わった後、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 Health, 2012
2012年ビクトリア州保健省により発行

Consent obtained/witnessed by:
同意の取得/証人:

Name:
名前:

Position/Agency:
役職/機関:

Sign:
署名:

Date: dd/mm/yyyy / /
日付: 日/月/年 / /

CSI Page 1 of 1
CSI1/1 ページ

Contact number:
連絡先番号: