

## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES(プライバシー情報の取り扱いについて)

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed by Kagawa Kampo Clinic and how you can get access to this information.

この文書は賀川漢方クリニックがあなたの医療情報をどのように取り扱うか、またあなたがあなたの医療情報を知りたい時にどうしたらいいかについて説明します。

### What is this notice and why is it important?

#### **この文書はなぜ重要なのか？**

This notice is required by law to inform you of how your health information will be protected, how Kagawa Kampo Clinic may use or disclose your health information, and about your rights regarding your health information. あなたの医療情報の秘密が守られ、どんな場合に開示されるのか、またあなたの医療情報に対してあなたはどんな権利を行使できるのかについて説明することが法律で義務付けられているため、この文書は作成されました。

### Understanding Your Health Information

#### **あなたの医療情報はどのように記録され開示されるか**

Each time you visit Kagawa Kampo Clinic, a record of your visit is made. Typically, this record contains a description of your symptoms, medical history, examination and test results, diagnosis, treatments, and a plan for future care. This information, referred to as your medical record, serves as a:

賀川漢方クリニックに来院されるたびにあなたの医療情報の記録が残されます。通常この記録にはあなたの症状、既往症、検査結果、診断、治療法、今後の治療計画が含まれます。この記録は以下のことに使用されます。

- Basis for planning your care and treatment あなたのケアと治療の計画を立てるため
- Means of communication among the health professionals who contribute to your care あなたのケアに関わる他の医療従事者とのコミュニケーション
- Legal documents of the care you receive あなたが受けたケアに関する法的書類の作成
- Means by which you or a third-party payer (e.g. health insurance company) can verify that services you received were appropriately billed 第三者(健康保険会社など)が請求書作成の際、あなたがケアを受けたことを確認するため
- Data source for medical research and public health 医学研究と公衆衛生のデータとして
- Source of data for planning facilities, marketing healthcare services 設備計画と医療サービスのマーケティングのデータとして
- Tool for education health professionals 医療従事者の教育のため
- Tool with which we can assess and work to improve the care we provide 私たちの提供するケアの向上のため

Understanding what is in your record and how your health information is used helps you to ensure its accuracy; better understand how others may access and use your health information; and make more informed decisions when authorizing disclosures to others. あなたのどんな医療情報が記録され、どのように使われるのかを知っておくと、医療情報を開示するかどうかを決める際によく納得してから決めるのに役立ちます。

### Your Health Information Rights

#### **あなたの医療情報に対するあなたの権利**

You have the following rights related to your medical and billing records kept at Kagawa Kampo Clinic. 賀川漢方クリニックに保存されているあなたの医療もしくは会計に関する記録に対して、あなたには次の権利があります。

#### **Obtain a copy of this notice この文書をうけとること**

You will receive a copy of this notice at your first visit after its publication. Thereafter you may request a copy of this notice or any revisions by calling (408) 647-5439. 初回の診療時にこの文書を受け取ることができます。後で請求する場合には(408) 647-5439 にお電話ください。

#### **Authorization to use your health information 医療情報使用の許可**

Before we use or disclose your health information, other than as described below, we will obtain your written authorization, which you may revoke at any time to stop future use or disclosure. 事前にあなたからの許可がない場合には、下記に示した用途以外であなたの医療情報の開示をすることはありません。

## **Access to your health information 自分の医療情報を知ること**

You may request a copy of your health information that Kagawa Kampo Clinic keeps in your medical or billing record. 賀川漢方クリニックが保存しているあなたの医療情報または会計記録のコピーを請求することができます。

## **Amend your health information あなたの医療情報を訂正すること**

If you believe that the information we have about you is incorrect or incomplete, you may request that we correct or add information. もし保存されている情報が間違っているか不完全であると思ったら訂正するよう求めることができます。

## **Request confidential communications コミュニケーションを機密にするよう求めること**

You may request that when we communicate with you about your health information, we do so in a specific way (e.g. at a certain mail address or phone number.) We will make every reasonable effort to agree to your request. あなたの医療情報に関してコミュニケーションをとる時機密を守るよう(特定の郵送先や電話番号など)要求することができます。賀川漢方クリニックはできる限りあなたの要求に沿うよう努力します。

## **Limit our use or disclosure of your health information あなたの医療情報の開示を制限すること**

You may request in writing that we restrict the use or disclosure of your health information for treatment, payment, health care operations, or any emergency situation in order to treat you. We will consider your request and respond, but we are not legally required to agree if we believe your request would interfere with our ability to treat you or collect payment for our services. あなたの医療情報の開示を治療、支払い、治療方法の選択、緊急時の治療のためのみに制限するよう要求することができます。賀川漢方クリニックはあなたの要求を考慮して対応しますが、そのためにあなたの治療、または医療サービスに対する費用の徴収が困難になる場合には要求に応じる義務がないことをご了承ください。

## **Our Responsibilities**

### **賀川漢方クリニックの責任について**

We are required by law to protect the privacy of your health information, establish policies and procedures that govern the behavior of our workforce and business associates, and provide this notice about our privacy practices, and abide by the terms of this notice.

We reserve the right to change our policies and procedures for protecting health information. When we make a significant change in how we use or disclose your health information, we will also change this notice. The new notice will be available at the front desk.

Except for the purpose related to your treatment, to collect payment for our services, to perform necessary business functions, or when otherwise permitted or required by law, we will not use or disclose your health information without your authorization. You have the right to revoke your authorization at any time. We are unable to take back any disclosure we have already made with your permission. 賀川漢方クリニックはあなたの医療情報の機密を守り、それを提携先(出入りの業者など)にも徹底させます。この文書を提供し、ここに書かれたことを実行します。賀川漢方クリニックにはここに書かれたポリシーを変更する権利があります。変更があった場合には新たな文書を当クリニックの受付で受け取ることができます。あなたの治療上の必要、費用の請求に必要な場合、ビジネス上の必要性、または法律上の必要性がある場合を除き、あなたの医療情報はあなたの許可なしには開示されません。ただしあなたの許可のもとでいったん開示された情報を再び機密に戻すことはできかねます。

## **Examples of Uses and Disclosures for Treatment, Payment and Healthcare Operations**

### **治療上の必要、費用の請求および当クリニックの運営に必要な場合の医療情報の使用と開示の例**

#### **We will use your health information to facilitate your medical treatment.**

##### **あなたの治療に必要な場合**

**For example:** Any information obtained by a member of our healthcare team will be recorded in your record and used to determine the course of your medical treatment. This information is then available to subsequent healthcare providers, keeping treatments cohesive and progress documented. (例) 当クリニックの施療者によって記録されたあなたの医療情報は、あなたが次に別な施療者に治療を受ける場合にはその施療者に開示されます。あなたの治療が継続的に行われるのを助けるためです。

#### **We will use your health information to collect payment for healthcare services that we provide.**

##### **医療サービスの費用の請求に必要な場合**

**For example:** A bill may be sent to you, your health insurance company or the responsible party. The information on or accompanying the bill may include information that identifies you, as well as your diagnosis, procedures and supplies used. In some

cases, information from your medical record is sent to your insurance company to explain the need for or provide additional information about your treatment. 例) 請求書はあなた、あなたの健康保険会社、またはその他の責任者(保護者、労働災害保険事務所など)に送られることがあります。請求書に付随して、あなたを特定する情報またはあなたの診断病名、治療に用いた方法や器具に関する情報などが同時に送られることがあります。あなたの健康保険会社が治療の必要性の説明または治療に付随した情報の提供を求めた場合、あなたの医療情報が健康保険会社に送られることがあります。

## **We will use your health information to facilitate routine healthcare operations.**

### **当クリニックの運営に必要な場合**

**For example:** Members of our medical staff or quality improvement teams may use information in your record to assess the care you have received and how your progress compares to others. This information will then be used in efforts to improve the quality and effectiveness of the healthcare and other services that we provide. 例) 当クリニックのサービスの向上のためにあなたの医療記録を使うことがあります。

## **We will use your health information to notify your family and friends about your condition.**

### **あなたのご家族やご友人に知らせる場合**

**For example:** We may use or disclose information to notify or assist in notifying a family member, personal representative, or another person responsible for your care of your general condition. Health professionals, using their best judgment, may disclose to a family member, other relative, close personal friend or any other person you identify, relevant health information to facilitate the person's ability to assist in your care or make arrangements for payment of your care. 例) あなたのご家族、代理人、またはあなたの健康状態に責任のある方にあなたの医療情報を開示する場合があります。あなたの近いご友人またはあなたが指名する方があなたを援助したりあなたのケアに対する支払いの手配をするのを助けるためにふさわしいと当クリニックの施術者が判断した場合、必要な医療情報を開示する場合があります。

## **We may use your health information to inform persons about your death.**

### **あなたがお亡くなりになった場合**

**For example:** We may disclose health information to funeral directors, coroners, and medical examiners consistent with applicable law to carry out their duties. 例) 葬儀屋、検視官、または法の定める医療検査官がその仕事を行うのに必要な場合、あなたの医療情報を開示する場合があります。

## **Examples of Uses and Disclosures for Other Purposes**

### **医療情報が使用または開示されるその他の場合**

**Appointment Reminders:** We may contact you to provide appointment reminders and follow up.

**ご予約の確認:** ご予約の確認とフォローアップのためにご連絡をとらせていただく場合があります。

**Marketing:** We may use your health information to inform you about our healthcare services, treatment alternatives or other health-related benefits and services that may be of interest to you.

**マーケティング:** あなたの健康情報に基づき、ご興味がおありになるかもしれないと思われる健康や治療サービスについてのお知らせをお送りする場合があります。

**Workers Compensation:** We may disclose your health information to the extent authorized by and necessary to comply with laws relating to workers' compensation or other similar programs established by law.

**労働災害補償:** 労働災害補償やその他のプログラムに必要な場合、法律により定められた範囲であなたの医療情報が開示される場合があります。

**Public Health:** We may disclose your health information as required by law to public health or legal authorities charged with preventing or controlling disease, injury or disability.

**公衆衛生:** 公衆衛生の立場上、病気、怪我や疾病の予防やコントロールに必要な場合あなたの医療情報を開示する場合があります。

**To avert a serious threat to health or safety:** We may use and disclose your health when necessary to prevent a serious threat to your health and safety or to the health and safety of the public or another person. Any disclosure would be made only to someone able to help prevent the threat.

**健康や安全への重大な影響を回避するため:** あなたの健康と安全または公共の安全に重大な影響を及ぼすと考えられる事態を回避するためにあなたの医療情報を開示する場合があります。その場合、その事態の回避に役立つとかがえられる方のみ情報を開示します。

**Correctional Institutions:** Should you be an inmate of a correctional institution, we may disclose to the institution or their agents health information necessary for your health and safety of other individuals.

**更生施設:** あなたが刑務所の在監者である場合、あなたの健康または周りの人の安全のために刑務所または官吏にあなたの医療情報を開示する場合があります。

**Law enforcement:** We may disclose your health information for law enforcement purposes as required by law or in response to a valid

subpoena, or court or administrative order.

**法の執行:** 有効な召喚状、裁判所や行政による執行命令があった場合、あなたの医療情報を開示する場合があります。

**Food and Drug Administration (FDA):** We may disclose to the FDA your health information relating to adverse events with respect to food, nutritional supplements, products and product defects, or post-marketing surveillance information to enable product recalls, repairs or replacement.

**食品医薬品管理局:** 食品、栄養補助食品、製品の欠陥、または製品のリコール、修理、交換に必要な市場調査情報に関連するあなたの医療情報を開示する場合があります。

**Business Associates:** There are some services provided in our organization through contracts with business associates. When contracted business associates provide these services, we may disclose the appropriate portions of your health information to our business associates so they can perform the job we have asked them to do. To protect your health information, however, we require all business associates to sign a confidentiality agreement verifying they will appropriately safeguard your information.

**契約業者:** 当クリニックの運営にはいくつかの契約業者が関わっています。それらの業者がサービスを提供するのに必要な範囲であなたの医療情報が開示される場合があります。ただしあなたの医療情報を守るため、すべての関連業者に当クリニックの機密保持契約に署名しあなたの医療情報を保護することを義務付けています。

## **Special Situations**

### **特殊な場合**

**Specialized Government Functions:** Subject to certain requirements, we may disclose or use health information for military personnel and veterans, for national security and intelligence activities, for protective services for the President and others, for medical suitability determinations for the Department of State, for correctional institutions and other law enforcement custodial situations, and for government programs providing public benefits.

**専門政府機関:** 特殊な状況において、大統領やその他の人の保護、国務省による医療適合性の決定、更生施設や警察、公共の利益のための政府のプログラムのために軍隊、退役軍人、国家安全・諜報機関にあなたの医療情報を開示する場合があります。

**Regulatory Oversight:** We may disclose your health information to appropriate health oversight agencies, public health authorities or attorneys, when required by law. Your health information may also be disclosed if a workforce member believes in good faith that Kagawa Kampo Clinic has engaged in unlawful conduct or has otherwise violated professional or clinical standards and are potentially endangering one or more patients, workers or the public.

**法規制:** 法律に基づき保健監視機関、公衆衛生機関またはその代理機関にあなたの医療情報を開示する場合があります。また、それらの機関の署員が公正な判断により賀川漢方クリニックが違法行為や医療基準の違反を犯し、患者、職員、公衆を危険にさらしていると考えられる場合には、あなたの医療情報が開示される場合があります。

## **For Research Studies**

### **調査研究目的**

To promote clinical effectiveness of Chinese medicine therapies, we may use your unidentifiable medical information in research studies which are possible leading to publication of the material about your cases in professional medical literature including but not limited to written or electronic format. The material will be published without your name attached and every attempt will be made to ensure your anonymity. 中医学または漢方医学の臨床的有効性を向上させるため、あなたの**匿名**の医療情報を調査研究に使用する場合があります。あなたの症例が専門医療文献(書面または電子的)に発表される可能性があります。専門医療文献への投稿の際にはあなたの氏名は含まれず、あなたの匿名性が保証されるよう最大限の努力が払われます。