

医療提供者/医療施設名

PSYCKESについて

ニューヨーク州（NYS）精神保健局は精神医学サービスと臨床知識向上システム（PSYCKES）を維持し、管理しています。このオンラインデータベースには、患者の病歴や健康に関するその他の情報が保管されています。このシステムは、医療提供者が患者に適切な治療を行うための情報として役に立ちます。

PSYCKESに保管されている情報は、患者の診療記録、ニューヨーク州の医療データベース、その他の情報源から集められています。プログラムの詳細とデータの入手元につきましては、www.psyckes.org にアクセスし、**About PSYCKES**をクリックしてください。

データには以下の情報が含まれます。

- 患者の氏名、生年月日、住所その他患者を特定する情報
- メディケイドの支払い対象となった医療サービス
- 患者が病気やケガを治療した既往歴、検査結果や薬歴などの医療記録
- 医療安全制度など、患者や医療提供者がシステムに入力したその他の情報。

すべきこと

患者の情報は機密扱いされ、第三者が閲覧するには許可が必要です。診療記録の閲覧を許可または拒否したい場合は、この同意書をいつでもご記入ください。どちらを選択しても患者の治療を受ける権利や健康保険を利用する権利に影響しません。

以下のボックスのいずれかにチェックマークを入れる前に、このページの裏面をよくお読みください。選択について

- 医療提供者や治療に携わる医療従事者にPSYCKESの情報の閲覧許可を希望する場合は、「同意します」を、
- 彼らに情報の閲覧許可を希望しない場合は、「同意しません」を選んでください。

同意しない場合でも、州法、連邦法及び規制が許す場合、医療提供者はPSYCKESを通じて、また他の医療提供者から患者の健康情報を得ることがあります。¹たとえば、公的医療保険制度であるメディケイドで、患者の医療管理の質に懸念を示す場合、医療提供者はPSYCKESにアクセスし、適切な治療を受けているかどうか判断できるよう手助けをすることがあります。

選択してください。どちらか1つにチェックを入れてください。

- 「同意します」。私は医療提供者及び私の治療に携わる医療従事者が私の治療に関する情報を閲覧することに同意します。
- 同意しません。私は医療提供者が私の健康情報を閲覧することに同意しません。ただし、州法および連邦法が許す場合は閲覧する可能性があることを理解しています。

患者の氏名

患者の生年月日

メディケイドのID番号

患者または法定代理人の署名

日付

法定代理人氏名（必要な場合）

法的代理人との関係性（必要な場合）

¹ 当該法律及び規制には、ニューヨーク州精神衛生法第33.13条、ニューヨーク州公衆衛生法第27条F、また連邦規則集第42巻のパート2及び第45巻のパート160及びパート164など、連邦機密規則（別称、「HIPAA」）が含まれる。

- ① **医療提供者が患者の健康情報を利用するには以下の目的の場合に限って利用することができる**
 - 治療、医療連携・関連サービスの提供をするため
 - 患者の治療の質を評価、向上させるため。
 - 緊急の際に患者の医療提供者に知らせるため（たとえば患者が救急治療室で治療を受ける際など）
- ② **閲覧できる情報**患者が情報の閲覧に同意した場合、_____はPSYCKESに蓄積されているその患者の全ての健康情報を閲覧することができる。診療記録には、病気やけが（たとえば糖尿病や骨折）、検査結果（レントゲン撮影、血液検査、またはスクリーニング検査）評価や投薬などの情報も含まれる。患者と医療提供者で計画されるケアプランや安全計画、精神病治療法の先進的な指示などが含まれる場合もある。この情報は、以下のようなセンシティブな健康状態に関連する可能性もある。
 - 精神的健康状態
 - アルコールや薬物使用
 - 避妊及び中絶（家族計画）
 - 遺伝性疾患や遺伝子検査
 - エイズ
 - 性感染症
- ③ **情報源**メディケイドの支払い対象となった医療サービスはすべて記録されます。国が運営する精神科センターでの治療も同様に記録されています。患者と医療提供者が入力するデータと同様、患者の医療記録のうち全てではないが、いくつかの情報がPSYCKESに保管されます。患者のオンラインの記録にはニューヨーク州の他のデータベースからの健康情報も含まれます。また新しいデータベースが追加される可能性があります。最新の情報源のリストや、さらにPSYCKESの情報が必要な場合は www.psyckes.org へアクセスして「PSYCKESについて」を見るか医療提供者にリストを印刷してもらってください。
- ④ **患者の同意の上で閲覧が可能な人** _____の担当医師や治療に携わるその他の医療従事者、_____の介護や訪問をする医療従事者。上記1に記載された職務を行う医療従事者も、患者の情報にアクセスすることができます。
- ⑤ **患者情報への不適切なアクセスまたは活用**PSYCKESの患者の健康情報への不適切なアクセスや活用をした場合には罰せられます。万が一、第三者が患者の情報を閲覧した、または不正にアクセスした疑いがあれば、それは不当行為ですので、以下にご連絡ください。
 - _____の _____, または
 - ニューヨーク州精神保健局相談窓口**800-597-8481**まで。
- ⑥ **患者の健康情報を共有する。**_____は州法と連邦法の規制が許す場合にのみ、患者の健康情報を第三者に提供することがあります。電子形式または書面の健康情報が当てはまります。一部の州および連邦法では、エイズ、薬物およびアルコール治療などの機密性の高い健康情報を開示するための特別な保護および追加要件も規定しています。¹
- ⑦ **同意書の有効期間**この同意書は _____から治療を受けた最後の日から3年間、または患者が同意を撤回するまで有効です。
- ⑧ **同意の撤回**同意撤回書に署名して _____に提出すればいつでも同意を撤回できます。また、同意撤回を変更していつでも新しく同意書に署名することも出来ます。同意書のフォームはwww.psyckes.orgでダウンロードできます。または _____の _____に電話で連絡して、医療提供者から受け取ることが出来ます。同意書の有効期間内であれば、 _____を通じて患者の健康情報を入手する医療提供者は、医療記録から患者の情報をコピーしたり、書き留めたりすることができますので、ご了承ください。患者が同意を撤回しても、医療提供者は情報を返却したり、記録から情報を消す義務もありません
- ⑨ **同意書のコピー**同意書に署名をしたら同意書の控えを受け取ってください。

¹ 当該法律及び規制には、ニューヨーク州精神衛生法第33.13条、ニューヨーク州公衆衛生法第27条F、また連邦規則集第42巻のパート2及び第45巻のパート160及びパート164など、連邦機密規則（別称、「HIPAA」）が含まれる。