

# Consent for Internet Communications

インターネット・コミュニケーションに関する同意書

Patient Name: \_\_\_\_\_  
氏名                      Last:                      First :                      MI                      Preferred Name :  
苗字                      氏名                      ニックネーム

個人情報や予約情報、臨床情報を含む患者の情報を当歯科医院にアップロードし保存することを許可する。情報保護のため、このウェブサイトを使用するために、ユーザー番号とパスワードが必要であることを理解する。当歯科医院と私は責任を持って、個人のユーザー番号とパスワードを守秘する。当医院は私が守秘することを怠ったことによって起こった負債や損害、損失に関しては一切の責任をわかない。ユーザー番号とパスワードの盗難や開示、または、個人や組織に個人のユーザー番号とパスワードを使用して当医院のウェブサイトアクセスすることを許可した場合は、当医院は一切の責任から免除される。また、個人のユーザー番号が許可なく使用された場合は直ちにそのユーザー番号を無効とするべく当医院に連絡することに同意する。

州と連邦の法律と倫理と公認許可を受けている立場により、患者の個人情報を守秘する責任を課されていることにより、特定のサービスの使用が制限されたり、第三者に特定の情報を提供することが制限されることがあることを理解する。当歯科医院はこの同意書が有効な限り、個人の情報収集、使用、交換、処理、受領、レポート、公開、維持または、管理を統括する、直接または間接的に関係するすべての法律に従うことを言明し保障し、すべての個人や団体がこれに従うよう最善の努力をし、これらの法律を守るよう管理することを理解する。当歯科医院は歯科サービス提供に関連して、私の情報を監督、回復、管理、アップロードまたは、使用する権利を有し、患者情報を私を代行してアップロードすることに同意する。歯科医院はウェブサイトからアップロードされたすべての患者情報の守秘を可能な限り維持していくと理解する。歯科医院はウェブサイトやサービスを使用したことによって送信、監督、保存、アップロードまたは、受信された患者の情報やその他の情報の、私の使用または、誤用の一切の責任を負わないことを理解する。

- 歯科医院のウェブサイトへの患者の情報の保護アップロードについての上記の情報を読み、当歯科医院が私の患者情報をウェブサイトより保護アップロードすることを許可します。

**患者、親、保護者のサイン：**

サイン： \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**患者との関係：**

\_\_\_\_\_