

大学健康センター  
治療同意書

健康センターで治療を受けるには、以下の条件に同意し、承認する必要があります。

承認と同意

- 1) 私は、医師、またはその他の医療提供者の判断によって必要とみなされる医療および治療に同意します。これには、私の医療提供者の一般的または特別な指示のもとで私に行われる内科的治療、外科的治療、外科的処置、臨床検査、X線検査、および/または、その他の補助的なサービスなどが含まれます。
- 2) 私は、私に対して与えられるサービスおよび消耗品のすべての料金に対して責任があることを認め、了解します。さらに、私は、受け取ったサービスすべてが私の保険会社の保障範囲であることを確認することは、私の責任であることを理解します。
- 3) 私は、オレゴン大学と提携していない民間の保険を保持する場合、可能な払い戻し請求については、私が、同保険会社に直接適切な書類を提出する責任があることを了解します。
- 4) 予約を取り消したり、変更したりする必要がある場合には、事前通知することに同意し、通知がない場合、不参/直前キャンセル料金が発生する可能性があり、この料金は保険では払い戻しされないことを了解します。
- 5) 私は、私が提供する私の健康状態に関する情報は、自分が知る限りにおいて正確で不備がないことを言明します。

\*\*\*\*\*

下記に署名することにより、私は治療への同意を表明するとともに、個人情報保護慣行を受領したことを了解します。

氏名（活字体）： \_\_\_\_\_

署名： \_\_\_\_\_

日付： \_\_\_\_\_