

本転医手続書は、アライン・テクノロジー・インク、その代表者、継承者、譲受人および代理人（総称「アライン社」）に対して、該当患者に関わる以下の全ての電子情報の権利を新しい担当医へ移管することを承諾し通知するものです。

This Patient Transfer Form notifies and authorizes Align Technology, Inc. its representatives, successors, assigns and agents (together "Align"), to transfer all of the patient's electronic Medical Records (described below) in its possession to New Treating Doctor listed below.

患者情報 / PATIENT INFORMATION

患者名 (姓、名) / Patient Name (Last, First) 患者番号 / Patient ID Number 生年月日 (YYYY/MM/DD) / Patient Date of Birth

患者の治療に関わる記録 / PATIENT MEDICAL RECORDS

「治療に関わる記録」は、レントゲン写真、口腔内カメラ画像、報告書、表、処方書、治療歴、写真、調査結果、石膏模型もしくは歯列印象、診断、検査、検査結果、請求およびその他ドクターが所有する治療記録を含むが、これらに限られないものとします。

"Medical Records" include, but are not limited to, x-rays, scans, reports, charts, prescriptions, medical history, photographs, findings, plaster models or impressions of teeth, diagnosis, medical testing, test results, billing, and other treatment records on file with Align for treatment purposes.

患者移管の承諾（転医元ドクター） / RELEASE OF PATIENT BY CURRENT TREATING DOCTOR

私のインビザライン®ドクターサイトより、クリンチェック®ファイルを含め、上記「患者情報」記載の患者を移管してください。それにより、本治療に関する一切の管理を下記の転医先ドクターへ承継します。私が、本治療を転医先ドクターへ移管することに起因する費用、債務や義務に関し、アライン社は一切責任を負いません。移管前に本症例において発生した費用に関する責任は、私に帰属することを承知します。

Please transfer the patient listed above out of my Invisalign Doctor Site including the patient's ClinCheck® files. I understand that by doing so, I relinquish all control of this patient to the New Treating Doctor listed below. Align shall not be responsible for any cost, liability, or obligation resulting from my decision to transfer the patient to another doctor for treatment or from transferring the Medical Records. I acknowledge that I am still responsible for any open balance incurred for this patient's treatment prior to the transfer.

先生の氏名 / Doctor's Name (Please print)

先生のユーザー名 / Doctor's Invisalign ClinID

先生の署名 / Doctor's Signature

署名年月日 (YYYY/MM/DD) / Date Signed

患者移管の承諾（転医先ドクター） / ACCEPTANCE OF PATIENT BY NEW TREATING DOCTOR

私のインビザライン®ドクターサイトへ、クリンチェック®ファイルを含め、上記「患者情報」記載の患者を移管してください。それにより、私は、インビザライン治療に関する今後発生する全ての費用に関し責任を負うことに同意します。本患者の転医または、私が本患者の治療を受諾することに起因する費用、債務や義務に関し、アライン社は一切責任を負いません。

Please transfer the patient listed above into my Invisalign Doctor Site including the patient's ClinCheck files. I understand that by doing so, I accept and will assume full responsibility of any future Invisalign treatment charges. Align shall not be responsible for any cost, liability, or obligation resulting from transferring the patient or from my decision to accept the patient for treatment.

先生の氏名 / Doctor's Name (Please print)

先生のユーザー名 / Doctor's Invisalign ClinID

先生の署名 / Doctor's Signature

署名年月日 (YYYY/MM/DD) / Date Signed

転医先医院名および所在地(住所) / Practice address (include street, city & postcode)

転医手続を完了する為には、転医元ドクターと転医先ドクター双方の署名が必要です。然しながら、状況によっては、アライン社は転医元ドクターの承諾無く、転医先ドクターおよび患者様の署名が揃う場合、転医手続を進める場合があります。この転医手続に起因する費用、債務や義務に関し、アライン社は一切責任を負いません。

In order to complete a patient transfer, both the Current Treating Doctor and the New Treating Doctor should sign the transfer request. However, in some instances, Align may agree to transfer a patient without authorization from the Current Treating Doctor if the request is signed both the patient and the New Treating Doctor.

患者様用 患者記録の移管に関する許可書 / FOR THE PATIENT: PATIENT REQUEST AND AUTHORIZATION FOR TRANSFER

私は、治療記録等およびその移管、またはその他 (i) 国や自治体の法令や条例や規則等によって機密とみなされる情報、または (ii) 個人を特定可能な健康関連情報について、アラインと上に署名したドクターが、口頭または書面によってやり取りすることを承諾します。私および私の如何なる代理人も、本転医手続書に規定される諸条件に従って私の治療に関わる記録が使用されることにより発生しうる法的、有価のもしくは金銭上の損害もしくは救済に関する承認、賠償請求、取得もしくは取得の追求に関する権利を有さないものとします。本転医手続書の写しは原本同様に有効および正当とみなされます。本転医許可書は、私が下記に署名した日付より3年間有効とします。

This Patient Transfer Form authorizes correspondence with Align and any doctor named above, verbally or in writing, regarding Medical Records and the transfer thereof, or other related information that may be (i) considered confidential under a national or state health, safety, or privacy code or (ii) otherwise considered individually identifiable health information.

I will not, nor shall anyone on my behalf, have any rights of approval, claims of compensation, or seek or obtain legal, equitable, or monetary damages or remedies arising out of use of my Medical Records that comply with the terms of this Patient Transfer Form. A copy of this Patient Transfer Form shall be considered as effective and valid as the original. This authorization shall be valid three years from the date I sign below.

私は本転医手続承諾書を読み、その内容を理解しました。

I have read and understand the contents of this Patient Transfer Form.

*患者が 20 歳未満の場合、保護者または法定代理人の同意及び署名が必要です。
If patient lacks the legal capacity to sign, the parent or legal guardian must also sign this form.*

患者の氏名 (ローマ字 / 姓, 名)
Patient Name (please print)

患者の署名 / Patient's Signature

署名年月日
(YYYY/MM/DD)
Date signed

保護者／法定代理人の氏名および患者との続柄
Legal Guardian/Parent Name and Relationship
(please print)

保護者／法定代理人の署名
Legal Guardian/Parent Signature

署名年月日
(YYYY/MM/DD)
Date signed

全ての項目が記入された手続承諾書を、下記カスタマーサポートへご提出ください。

Please send completed Patient Transfer Forms to:

電子メール : info-japan@aligntech.com

Fax : 0120-041-187 / 03-5719-7270