

## Privacy Policy Acknowledgement Statement

I hereby acknowledge that I have been made aware that Japanese Medical Care, PLLC (“J Medical” hereinafter) has a Privacy Policy in place in accordance with the **Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)**.

Japanese Medical Care, PLLC (以下” ジャパニーズ・メディカル” )は HIPAA 法(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ; 医療保険の相互運用性と説明責任に関する法律)によるプライバシーポリシーがあることを承知します。

As a patient of J Medical, I understand and acknowledge the following:

ジャパニーズ・メディカルの患者として、次の項目を理解し承認します。

1. J Medical has a privacy policy in effect in their offices.

ジャパニーズ・メディカルはその診療所におけるプライバシーポリシーがある。

2. J Medical has made this policy available to me for review, by placing a complete version in a binder that resides in the waiting room and/or by placing a poster version in a binder that resides in the waiting room or similar common area with patient access.

ジャパニーズ・メディカルは診療所内の待合室など患者が利用できるスペース内に置いてあるバインダーの中にこのポリシーの完全版コピーやポスター版コピーを入れることによりこのポリシーを患者へ公開している。

3. J Medical has made me aware, that as a patient I am entitled to a copy of this Privacy Policy if I desire a copy for my personal file.

ジャパニーズ・メディカルは私がポリシーのコピーをもらう権利があることを承知させている。

Upon your review of the above statements, please sign at the bottom acknowledging that you have been advised of the privacy policy implemented by J Medical, and have read and understand the acknowledge form. If you desire a copy of the Privacy Policy, please request one at this time.

上の項目を検討した後、下にサインすることによりジャパニーズメディカルのプライバシーポリシー規約に関する情報を理解し承認します。

\_\_\_\_\_ **No, I DO NOT** want a copy but I acknowledge the Privacy Policy exists.

規約のコピーは必要ではないが、プライバシーポリシーは承知しました。

\_\_\_\_\_ **Yes, I DO** want a copy of the Privacy Policy.

規約のコピーが必要です。

\_\_\_\_\_  
Patient/Parent Signature 署名

\_\_\_\_\_  
Date 日付