

Please fill in the correct practice address as recorded in Invisalign Doctor Site.

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、インビザライン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、アライン社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。また、私は、インビザライン・ジャパン株式会社に対して、転医手続きの目的で、個人情報を含む私の「インビザライン治療に関わる記録」を海外のアライン・テクノロジー・インク並びにその子会社および関連会社に提供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インビザライン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. It also authorizes transfer of my Medical Records including the patient's personal information by Invisalign Japan, Inc. to Align Technology, Inc., its subsidiaries and affiliated companies outside of Japan for the purpose of this patient transfer.

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.

患者署名の時点で患者が未成年の場合、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

[氏名: _____] [続柄: _____]

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。

手続承諾書を受領後、不備がない場合は3営業日以内に転医手続をいたします。

(医院名や住所、保護者署名等の記載が漏れている場合がございます。ご提出前にご確認ください。)

Please send completed Patient Transfer Forms to:

インビザラインドクター Eメール: info-japan@aligntech.com
インビザライン Goドクター Eメール: info-igo-jp@aligntech.com
Fax: 0120-041-187 / 03-5719-7270

※上記は、医療従事者の方専用の問い合わせ窓口となっております。

一般の方からの問い合わせはお受けいたしかねます。

本転医手続書は、インビザライン・ジャパン株式会社並びに米国法人であるアライン・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 Invisalign Japan, Inc., Align Technology, Inc., a U.S. corporation, 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

[インビザライン 花子] [12345678] [2000 / 2 / 2]
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**

患者のインビザライン/インビザライン Go治療(以下、「インビザライン治療」)に関わる記録 / PATIENT MEDICAL RECORDS

「インビザライン治療に関わる記録」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インビザライン治療記録を含むが、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.

[アライン 太郎] [talign]
先生の氏名 / Doctor's Name (Please print) **先生のユーザー名 / Doctor's ClinID**

[Align Taro] [2022 / 2 / 22]
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、私が本患者のインビザライン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.

[アライン 次郎] [giroalign]
先生の氏名 / Doctor's Name (Please print) **先生のユーザー名 / Doctor's ClinID**

[Align Jiro] [2022 / 2 / 22]
先生の署名 / Doctor's Signature **署名年月日 (YYYY/MM/DD) / Date Signed**

[インビザラインクリニック]
転医先医院名 / Clinic Name

[東京都品川区上大崎3-1-1 JR東急目黒ビル7F]

転医先医院所在地(住所) / Shipping & Billing Address (Practice address including street, city & postcode)

記載の住所は転医手続完了後、該当患者のお届け先及び請求先住所として登録されます。インビザライン・ドクターサイトにてお届け先及び請求先で両方ご登録のある住所の記載をお願い致します。お届け先と請求先で異なる医院での登録をご希望の場合、その旨記載ください。

Please fill in the correct practice address as recorded in Invisalign Doctor Site.

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、インビザライン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、アライン社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。また、私は、インビザライン・ジャパン株式会社に対して、転医手続きの目的で、個人情報を含む私の「インビザライン治療に関わる記録」を海外のアライン・テクノロジー・インク並びにその子会社および関連会社に提供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インビザラインに関わる記録が使用されることにより発生しうる法的、有価のもの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. It also authorizes transfer of my Medical Records including the patient's personal information by Invisalign Japan, Inc. to Align Technology, Inc., its subsidiaries and affiliated companies outside of Japan for the purpose of this patient transfer.

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.

患者署名の時点で患者が未成年の場合、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.

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

[Invisalign Hanako]
患者の署名 / Patient's Signature

[2022 / 2 / 22]
署名年月日
(YYYY/MM/DD)
Date signed

[氏名: _____] [続柄: _____]
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。
手続承諾書を受領後、不備がない場合は3営業日以内に転医手続をいたします。
(医院名や住所、保護者署名等の記載が漏れている場合がございます。ご提出前にご確認ください。)
Please send completed Patient Transfer Forms to:

インビザラインドクター Eメール: info-japan@aligntech.com
インビザライン Goドクター Eメール: info-igo-jp@aligntech.com
Fax: 0120-041-187 / 03-5719-7270

※上記は、医療従事者の方専用の問い合わせ窓口となっております。
一般の方からの問い合わせはお受けいたしかねます。