

保護された医療情報(Protected Health Information, PHI)へのアクセスの申請

患者情報	姓: _____ 名: _____ ミドルネーム: _____		
	生年月日: / / 他の可能な名前(例:旧名、希望する名前など): _____		
	住所: _____ 電話番号: _____		
	市: _____	州: _____	郵便番号: _____
公開先	氏名: _____		
	住所: _____		
	市: _____	州: _____	郵便番号: _____
	メール: _____ 電話番号: _____		
私は上記のように Nationwide Children's に対し、保護された医療情報へのアクセスおよび/またはそのコピーを申請します。			
アクセス方法	形式を選択: ☐ 現地でアクセス/審査 ☐ MyChart ☐ CD ☐ サブドライブ/フラッシュドライブ ☐ 用紙 ☐ メール: _____ ☐ FAX 番号: _____		
	受け渡し方法を選択: ☐ 上記住所に郵送 ☐ 受け取り - 255 E. Main Street Columbus, Ohio 43215 メールオプションを選択することで、お客様はセキュリティ保護されていないメール送信に伴う固有のリスクを容認することになります。そのため、他の人がお客様の情報をアクセスする危険性があります。また、お客様は転送中に発生する可能性のある情報漏洩についてNCHが責任を負わないことに同意するものとします。		
目的	公開目的(該当するものすべてを選択): ☐ 患者の治療 ☐ 障害 ☐ 保険 ☐ 学校 ☐ 法律 ☐ 個人使用 ☐ その他 _____		
申請する情報	必要な治療の実施日: 開始日: / / 終了日: / / ☐ 入院患者記録の要約(病歴および健康診断、診察記録、手術記録、退院要約、検査結果) ☐ 手術記録 ☐ 退院要約 ☐ 救急診療記録 ☐ 緊急医療 ☐ X 線のレポート ☐ 検査室による結果 ☐ その他の検査結果 _____ ☐ CD の画像 ☐ 写真 ☐ 外来患者診療記録(診療所/診療科を記入してください) _____ ☐ 健康児童または健康診断 ☐ 予防接種 ☐ 通院日の一覧 ☐ すべての合法的な医療記録 ☐ その他の情報 _____		
	私は、NCH が米連邦法および州法に従い、要求された記録に対して料金を請求する可能性があることを理解しています。(料金体系は要求に応じて提供されます) 私はこの申請が以下の署名日から 1 年後に期限切れとなることについて了承します。その間、私は新しいフォームを記入する必要なしに、同じ情報を申請することができます。私はこのフォームに記載されているもの以外に新しい/追加の/異なる情報が必要な場合に新しいフォームを記入して提出する必要があることを了承します。 私は、署名後にこのフォームのコピーを要求できることについて了承します。このフォームのコピーはオリジナルと同様とされます。 申請している情報によっては、この申請の処理に遅延が生じる可能性があることを了承します。この申請の完了に 30 日以上がかかる場合は、情報公開チームが書面で通知を行います。 私は、申請されたアクセスが患者または別の人の生命または身体の安全を危険にさらす可能性がある場合、NCH が連邦法および州法の下で提供された限られた状況下で、この申請を全面的にまたは部分的に拒否する可能性があることを了承します。NCH が私のアクセスを拒否した場合、NCH は拒否の根拠およびその決定の審査方法および/または申立て方法を書面により提供しなければなりません。 以下に署名することで、私は患者本人および/または患者の代理人であり、この患者の医療情報にアクセスする、あるいはそれを受信する認可を与える権限を有することを認めます。 患者(または代理人)の活字体での名前 患者との関係 患者(または代理人)の署名 日付/時刻		
送信	メール: _____	FAX: _____	郵送: _____
	MedicalRecordRequests@nationwidechildrens.org	医療情報管理部 614-355-0797	Nationwide Children's Hospital Attn: HIM Dept. 700 Children's Drive Columbus, Ohio 43205

医療記録のコピーの申請に関するアドバイス

医療記録の支払い

すべての形式で提供される記録には、費用ベースの料金が請求されます (MyChart を除く)。配送料も請求されます (該当する場合)。MyChart を介して提供される記録は**無料**です。

支払いオプション:

- デビットカードまたはクレジットカード: 申請が完了すると、情報公開チームが電話で連絡し、支払い手続きを行います。
- 送金小切手または郵便為替: お支払い先: Nationwide Children's Hospital、宛名: HIM Dept。支払い受領をもって、記録が届けられます。

申請可能な医療情報の種類

入院患者記録の要約	病歴および健康診断、診察記録、手術記録、退院要約、検査結果を含む。
手術記録	入院または外来通院の診察中に実施される外科手術の詳細な説明。
退院要約	診断、治療、およびフォローアップ指示を含む入院の概要。
救急診療記録	診断と治療内容を含む、緊急診療に関する記録。
緊急医療記録	診断、治療、およびフォローアップの推奨事項を含む、緊急医療の記録。
X 線のレポート	放射線科医による X 線画像の書面による解釈。
検査室による結果	血液検査、尿検査、その他の臨床検査の結果。
CD の画像	X 線、MRI、および CT スキャンなどの画像解析のデジタルコピー。
写真	医療記録および治療の目的で撮影された臨床写真。
外来患者診療記録	診察、経過記録、治療計画など、外来診療所への通院の記録。
健康児または健康診断	成長記録や発達のマイルストーンを含む、定期検診や身体検査の記録。
予防接種	接種したワクチンの日付と種類を含む、受けた予防接種の記録。
通院日の一覧	すべての医療予約と診察の時系列一覧。
すべての合法的な医療記録	法的な目的で保管されているすべての医療記録の包括的な編集物。これには以下が含まれますが、これらに限定されません: 同意書、保険証、フローシート、およびその他の関連のある医療記録。

機密情報 (アルコール/薬物関連の治療記録を申請する場合は、OCC-775, Behavioral Health Authorization to Disclose Information Form を記入してください)

薬物乱用	薬物乱用の診断および治療に関する記録。
HIV に関する情報 (エイズ関連の検査を含む)	HIV ステータス、検査、および関連する治療に関する文書。
メンタルヘルス	メンタルヘルスの診断、治療、治療セッションに関する記録。