NATIONWIDE CHILDREN'S HOSPITAL℠

保護対象となっている医療情報への アクセス又は開示の許可

目的に印をつけてください: _____ 医療記録の確認又はアクセス　　_____ 第三者への写しの引き渡しを要請

私はここに、オハイオ州コロンバスのチルドレンズ・ホスピタルに対し、以下の指示通りに私の個人医療情報を開示する許可を与えます。

_____　　_____　　_____
（患者の氏名）　（生年月日）　（Nationwide Children's Hospital MR#: 医療記録番号）

_____
（住所）　（市町村）　（州）　（郵便番号）　（電話番号）

1. 引き渡される／開示される記録の内容:

- ❏ 精神科、薬物、アルコール及びHIV/AIDSに関する情報又はそのいずれかを含む入院患者記録
  日付を指定_____
- ❏ 精神科、薬物、アルコール及びHIV/AIDSに関する情報又はそのいずれかを含む要約
  日付を指定_____
- ❏ 精神科、薬物、アルコール及びHIV/AIDSに関する情報又はそのいずれかを含む緊急治療部の記録
  日付を指定_____
- ❏ クリニックの記録（正確な場所と日付を示してください）_____
  _____
- ❏ 精神科、薬物、アルコール及びHIV/AIDSに関する情報又はそのいずれかを含むその他の外来患者記録
  日付を指定_____
- ❏ その他の記録（具体的に書いてください）_____

2. 記録を開示する個人又は法人の名前:

Nationwide Children's Hospital は、上記に示した私の個人医療記録を以下の個人又は個人のグループに引き渡すことができます。（完全な名前と住所を記入してください）

_____
（名前）　（電話）　（ファクス）

_____
（住所）　（市町村）　（州）　（郵便番号）

3. 上記の情報の許可を得てする使用又は開示の目的は以下の通り:

- ❏ 新しい治療提供者への記録の移転
- ❏ 保険審査又は保険に関する紛争
- ❏ 弁護士による確認
- ❏ 学校の試験
- ❏ 個人的使用
- ❏ その他（具体的に）_____

その他の情報:

1. 私は、上記の情報を受け取る個人又は法人が、連邦のプライバシー関連法規の対象となっている医療提供者又は医療保険制度ではないこと、上記の情報がかかる個人又は法人によって再び開示されることがあり、よって連邦のプライバシー関連法規の保護を受けなくなる可能性があることを理解しています。

2. 私は、NCHIの『プライバシー慣行に関する通知』に記載の通りに、CHIが本許可書に依拠して既に措置を取っている場合を除いて、Nationwide Children's Hospital Health Information Management Department 700 Children's Drive, Columbus, OH 43205に取消状を送付することにより、本許可書をいつでも書面にて取り消すことができることを理解しています。

3. 下記に記述されている場合以外には、本許可書は、署名をした日から一年後に無効となります。（該当する場合に印をつけてください）
   - ❏ 研究調査の終了時（許可書が研究調査又は研究用データベースや研究資料庫の創設及び維持を目的とするものである場合にのみ適用）
   - ❏ その他（適用期日又は特定の出来事を記入）_____

4.　私は、自分には本許可書に署名する義務はなく、本許可書に自分が署名することを Nationwide Children's Hospital が自分に対する治療の提供又は支払いの条件とすることはないことを理解しています。ただし、 Nationwide Children's Hospital は、研究目的の個人医療情報の使用又は開示のために自分が本許可書に署名することを、かかる研究に関連した治療を自分に提供するための条件とすることがあります。また、 Nationwide Children's Hospital は、本許可書に自分が署名することを、第三者に開示するための保護医療情報の作成のみを目的とした医療を自分に提供するための条件とすることもあります。

5.　私は、チルドレンズ・ホスピタルには、以下のうち1つ又は複数の理由により、私のアクセス要求の全部又は一部を拒否することが法律で認められていることを理解しています。

- 私のアクセス要求書に私（患者）又は私の代表者の署名がない場合
- 私のアクセス要求書に私の代表者が署名しているが、その代表者が私を代表する権限の根拠に関する情報を提供していない場合
- 私が写し又は検分を要求した情報を Nationwide Children's Hospital が持っていない場合
- 私が要求した情報が私達の記録の一部でない場合
- 私の要求するものが心理療法の記録である場合
- 私の要求が訴訟目的で集められた情報を含む場合
- 私の要求が私達の検査室によって保管されている法律によりアクセスが禁じられている情報を含む場合;
- 私の要求が私の治療を含むまだ進行中の研究の過程で作成又は入手された情報を含んでおり、かつ私が研究への参加を承諾したときにこのようなアクセス拒否について同意済みである場
- 認可を受けた医療従事者が、要求したアクセスによって私又は別の人の生命もしくは安全が危険にさらされるか、私又は別の人に相当の被害を及ぼす可能性があると判断した場合
- 私の要求が情報を複写するためのものであり、かつ私が矯正施設の被収容者である場合（情報を検分する権利は保持しています）
- 私の要求が秘密の情報源から入手された特定の情報に関するものであり、 Nationwide Children's Hospital にはその情報へのアクセスを提供することが法律によって義務付けられていない場合

6.　私は、チルドレンズ・ホスピタルが外部の通信サービスおよび複写サービスを使用していることを了解し、私が要請した分のコピーについては、これに伴う料金を前払いする義務があることを理解しています。（注: 放射線／レントゲンフィルムは放射線科（Radiology Department）によって処理されるようになっており、別の料金表があります。詳しくは放射線科に直接お問い合わせ下さい。）オハイオ州法で定められた通信サービスおよび複写サービスの料金表が必要ならば、これを病院からいただけることを了解しています。

_____
該当する場合、人格代表者氏名

_____
人格代表者と患者との関係又は人格代表権の説明

_____　_____
患者又は患者の人格代表者の署名　日付
（口頭による許可である場合は、上記にその旨を注記し誰が許可したかを記録）

_____　_____
Name of Nationwide Children's Hospital representative（チルドレンズ・ホスピタル代表者氏名）　日付

For Office Use Only

Verification of Identity
Check all means of verification as applicable

In Person	In Writing	Over Phone
❏ Driver's License or other government issued picture ID ❏ If no picture ID, 3 forms of identification with name on them ❏ _____ ❏ _____ ❏ _____	❏ Verified patient/parent information in SMS. ❏ Verified signature against documents already on file	❏ Billing address ❏ Patient's Date of Birth ❏ Mother's SSN ❏ Child's middle name ❏ Social Security Number ❏ MR# or Account # if known ❏ Insurance ID number ❏ Auditory recognition/voice recognition