



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

このフォームにより、患者または患者の代理人は、指定された記録に含まれている特定個人の識別可能な医療情報へのアクセスおよび/またはそのコピーを申請できます。フォームの各セクションが完全に記入されている必要があります。日付など記入漏れがある場合、申請の処理が遅れます。

患者情報

姓	名	ミドルネーム
生年月日	/	/
住所		電話番号
市	州	郵便番号

アクセス方法

私は以下のように 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。

形式を選択し、受け渡し方法を丸で囲んでください

- 現地でのアクセスおよび閲覧 ファックス番号 _____
- CD - 下記住所へ郵送 または 手渡し サムドライブ/フラッシュドライブ - 下記住所へ郵送 または 手渡し
- 用紙 - 下記住所へ郵送 または 手渡し
- 電子記録 - MyChart または 電子メール または 適格なアプリに送信 (利用可能な場合)
- 電子メール _____
- アプリ _____

*電子メールオプションを選択することで、あなたはセキュリティ保護されていない電子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、他の人があなたの情報を読んだりアクセスしたりする危険性があります。また、あなた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。

氏名		
住所		
市	州	郵便番号
電話番号	電子メール	

要請する情報

日付(開始): / /	日付(終了): / /
<input type="checkbox"/> すべての合法的な医療記録 (以下を含むがこれに限定されません: 同意書、保険証、フローシートなど) <input type="checkbox"/> 入院患者記録の要約 (以下を含む: 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) <input type="checkbox"/> 手術記録 <input type="checkbox"/> 退院要約 <input type="checkbox"/> 救急診療記録 <input type="checkbox"/> 緊急処置記録 <input type="checkbox"/> X線のレポート <input type="checkbox"/> 検査室による結果 <input type="checkbox"/> その他の検査結果 _____ <input type="checkbox"/> CDの画像 <input type="checkbox"/> 外来患者診療記録 (診療所/診療科を記入) _____ <input type="checkbox"/> 健康児童または健康診断 <input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> 通院日の一覧 <input type="checkbox"/> PHIの要約/説明 <input type="checkbox"/> その他の情報 _____	

機密情報

下記のチェックボックスをオンにすることで、私は次の機密情報へのアクセスを申請します。アルコール/薬物関連の治療記録を申請する場合は、OCC-775, 行動的健康に関する情報開示の承認申請フォームを記入してください。

- 薬物乱用
- HIVに関する情報(エイズ関連の検査を含む)
- メンタルヘルス
- その他の情報 _____

1. 私は、これらの医療記録のコピー（すべての形式）に関して、例外的な状況が適用されない限り、NCH が固定料金 \$6.50 を請求することを了承します。（予防接種記録や通院日の一覧の取得、または申請された記録の現地での閲覧に関連する料金はかかりません。） PHI の要約/説明の要請は別途請求され、そのような要約に課せられる手数料の金額についてはあなたと NCH が事前に合意しなければなりません。

これらの記録のコピーのお支払い方法を以下で指定してください。

- デビットカードまたはクレジットカード
(記録の申請が完了すると、情報公開チームがお客様に電話で連絡を差し上げ、お支払いを受領します)。
- 送金小切手または郵便為替の受領をもって、記録が配信されます
(お支払い先: Nationwide Children's Hospital, 宛名: HIM Dept.)

2. 記入済みのフォーム/お支払いを以下に送信してください。

郵送: Nationwide Children's Hospital
Attn: HIM Dept.
700 Children's Drive
Columbus, Ohio 43205

電子メール: MedicalRecordRequests@nationwidechildrens.org
ファックス: Health Information Management, 614-355-0797

3. 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。
4. 私は、署名後にこのフォームのコピーを申請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に有効とされます。
5. 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 日以上かかる場合は、情報公開チームが書面で通知を行います。NCH は、NCH があなたの申請から 30 日以内に遅延の理由に関する書面をあなたに提供する限り、あなたにアクセスを提供する期間をさらに 30 日間延ばすことができます。
6. 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 があなたのアクセスを拒否した場合、NCH は拒否の根拠を書面により提供しなければなりません。

ご不明な点がございましたら、614-355-0777 までお気軽にお問い合わせください。

以下に署名することで、私は患者および/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

For NCH Use Only Verification of Identity

Check all means of verification as applicable

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