



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](mailto: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

## NCH 使用欄 ご本人確認

該当するすべての確認方法にチェックを入れてください

面会	書面	電話
<input type="checkbox"/> 運転免許証またはその他の政府発行の写真付き ID <input type="checkbox"/> 写真付き ID が不在の場合、3 種類の本人確認証名前を記載したもの <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> システム内にある患者/親の情報の確認 <input type="checkbox"/> 署名の確認 (既にファイルにある文書と照合)	<input type="checkbox"/> 請求先住所 <input type="checkbox"/> 患者の生年月日 <input type="checkbox"/> 母親の社会保障番号 <input type="checkbox"/> 子供のミドルネーム <input type="checkbox"/> 社会保障番号 <input type="checkbox"/> MR番号またはアカウント番号(既知の場合) <input type="checkbox"/> 保険証番号 <input type="checkbox"/> 聴覚認識/音声認識 <input type="checkbox"/> 外来診療コード