



# NATIONWIDE CHILDREN'S

When your child needs a hospital, everything matters.™

- ☐ この要求を処理するために HIM に送付。
  - ☐ 完了ー本口、放射線情報を提供されました。
  - ☐ 完了ー診療記録を提供されました。
- (コピーがすでに提供されている場合、チェックを入れてください。)

MR# \_\_\_\_\_

## 保護されている健康情報へのアクセスまたは、開示の許可

全面を通して、本書の各項目を完全に記入してください。  
(日付も含めて) 書き忘れがある場合は、要請への対応が遅れることがあります。

患者の情報	姓： _____ 名： _____ ミドルネーム： _____
	生年月日： _____ 他に使用される可能性のある名前： _____
	電話番号 _____ 住所 _____
	市 _____ 州 _____ 郵便番号 _____

開示先	私はここに、ネーションワイド・チルドレンズが私の保護されている健康情報を使用すること、または下記に記した相手に開示することを許可します。
	姓名： _____
	住所 市 州 _____ 郵便番号 _____
	電話番号 ファックス番号 _____

情報は、 ☐ 郵送 ☐ 閲覧のみ ☐ \_\_\_\_\_ によって受け取り

開示される情報	あなたが必要とする情報を示してください：
	(日付) から _____ (日付) まで _____
	<input type="checkbox"/> 患者用パッケージ (最新の病歴と現症、診断と症状、手術覚書き、診察、レントゲン記録、検査結果)
	<input type="checkbox"/> 入院記録 <input type="checkbox"/> 退院概要 <input type="checkbox"/> 救急局の記録 <input type="checkbox"/> 手術記録
	<input type="checkbox"/> 外来クリニック記録 (クリニックの場所を明記) _____
	<input type="checkbox"/> レントゲン記録、血液検査、その他の検査 <input type="checkbox"/> 病歴と現症 <input type="checkbox"/> 予防接種
	<input type="checkbox"/> 診察記録
	<input type="checkbox"/> 来院の日時のリスト <input type="checkbox"/> その他の情報

特別に保護された情報	保護された健康情報に HIV に関する情報を含め、精神病の病名や治療、または有害物質乱用に関する情報が含まれる 場合があることを理解し、ここに署名することによりこれらに関する情報を開示することを許可します。
	<input type="checkbox"/> 有害物質乱用 (アルコール/ 薬物乱用を含む。)
	<input type="checkbox"/> 精神的健康 _____ X _____
	<input type="checkbox"/> HIV 関連の情報 (エイズに関する検査を含めて) _____ (12 歳以上の患者はサインが必要です。)

開示の目的	下記の中から、開示の目的にあてはまるものにチェックをしてください
	<input type="checkbox"/> 医師の変更 <input type="checkbox"/> セカンド・オピニオン <input type="checkbox"/> 治療の続行 <input type="checkbox"/> 法律上 <input type="checkbox"/> 個人使用 <input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/> 労災補償 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 支払い <input type="checkbox"/> その他

1. 私が、精神的健康または薬物乱用に関する治療を受けている場合、オハイオ州、オハイオ精神衛生局、アルコールおよび薬物依存サービス課、フランクリン郡アルコール・薬害・精神衛生管理局等によるサービスを受けるための手当が維持されるために、ネイションワイド・チルドレンズに対し、私の保護されている健康情報を特別に使用することを許可します。また、これらのサービスを受けるために、ネイションワイド・チルドレンズが上記の団体に対し、私の保護されている健康情報を開示することもできます。
2. 当許可書は、私が下記に署名した日付から 1 年間有効であることを承知します。
3. 下記に記されたプライバシー・オフィサーの宛先に書面で通知を提出した場合は、いつでもこの情報の有効期間を延長、短縮、取り消しすることができることを承知します。この承認の短縮、延長、停止の期限は、事前に依頼された重要な処置が既に行われている場合を除き、書面が受け取られた日から有効となります。

Privacy Officer  
Nationwide Children's Hospital  
700 Children's Drive, OH 43205

4. この承認を遂行するために、使用、開示された情報が、受け取った側の判断にて再度開示された場合、州、または連邦政府プライバシー法による保護を受けないことを理解します。しかし、州、連邦政府により、薬物乱用、H I V/ エイズ、精神病・精神衛生に対する治療に関した特別に保護された情報を、受け取り側が開示することを禁止する場合があります。
5. ヘルスケアの供給、またはヘルスケアへの手当を要請する際に、私の保護された健康情報の開示が義務付けられている場合を除いては、私が、この承諾書に署名することを拒否することにより、ヘルスケアが受けられなくなる等、そのサービスへの手当を受ける権利が侵害されることはないとは理解します。
6. 私がこの書面に署名をした際、その複写を要求することが出来ることを理解します。

この書面の複写は、原物と同等に有効です。

**下記に署名することによって、私が患者の法的代表人であることを断言します。そしてこの患者の健康情報をだれが入手できるか、あるいはその批評、または健康情報の変更を要求する権利を有します。**

署名 \_\_\_\_\_ 日付 / 時間 \_\_\_\_\_

患者との関係 \_\_\_\_\_

記入後にこの書面を右の住所に送付下さい。

Health Information Management  
700 Children's Drive  
Columbus, OH 43205

あるいは記入後にこの書面を右の FAX 番号に送付下さい。健康情報管理課 (614) 355-0709

## For Office 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"/> Verified patient/parent information in SMS. <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"/> _____ <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> Insurance ID number <input type="checkbox"/> Auditory recognition/voice recognition