



SWEDISH

健康についての保護情報の使用、開示および提供に関する許可 AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (JAPANESE)

私は以下について、理解しています。

- 私は、私の健康についての保護された情報を開示または提供することを許可する本承認書に署名することを拒否する権利を有していること。承認書への署名を拒否することで、医療サービスまたはサービスに対する返還金を受ける対象者として不利な影響を受けることはないこと。本承認書への署名を拒否することで唯一医療サービスを受ける対象者として影響を受ける状況は、その医療サービスが研究関連である場合または他者に健康情報を提供するだけの目的でその開示の承認が必要な場合であること。
- 本依頼には、謝礼が支払われることがあります。
- 本承認書に関連して利用した、または提供した情報は再開示される可能性があり、連邦法による保護の対象とはなりません。しかし、連邦法または州法によって、HIV/AIDS、精神衛生状態の情報、遺伝子検査の情報、および薬物/アルコール診断、治療、または照会情報の再開示は制限される場合があることも理解しています。
- 私は、署名済みの本承認書の複写を取得する権利を有しています。
- 私はいつでも、本承認書を取り消すことができます。本承認書を取り消した場合、以下に記載された情報は、承認書に記載された目的において利用または開示されることはありません。唯一の例外としては、Swedish が承認書に依存して措置を講じた場合または保険適用の条件として承認書を入手した場合があります。

ケアを受けた場所に依りて、次のいずれかに本承認書またはその取り消しを提出してください。

Swedish Medical Center
Release of Information Department
747 Broadway, Seattle, WA 98122
ファックス : (206) 320-2626
Eメール : ROI@swedish.org

Swedish Medical Group
電話 : (206) 320-3025
ファックス : (425) 454-2935
Eメール : smgroi-wa@cioxhealth.com

重要事項 : Swedish は、請求において必要な場合を除いて、患者の社会保障番号を印刷したりまたは公開することはありません。ただし、患者様の情報が数年以上前のものである場合は、社会保障番号が含まれている場合があります。そのためあなたが開示を許可しようとしている情報には、社会保障番号が含まれている場合があります。

施設、その職員、役員および医師は本書に基づき、上記の情報を表示・承認される範囲で、上記の情報の開示に対する、すべての法的責任や負担から免除されます。

Swedish Health Services およびその関連機関は、健康プログラムや活動において人種、肌の色、出身国、性別、年齢、障害によって差別をすることはありません。

ATTENTION: If you do not speak English, you have at your disposal free language assistance services.

Call (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

Llame al (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

注意 : 如果您講中文，我們可以給您提供免費中文翻譯服務，請致電 (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

**健康についての保護情報の使用、開示および提供に関する許可
AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (JAPANESE)**

私は、Swedish が以下に記載した内容に関する特定の情報の複写を利用または開示することを許可します。

患者名 : _____ 生年月日 : _____

患者の住所 : _____ 電話番号 : _____

市 : _____ 州 _____ 郵便番号 : _____

開示先 : _____ 本人 または受領者の氏名 : _____

受領者の住所 : _____

市 : _____ 州 _____ 郵便番号 : _____

電話番号 : _____ ファックス _____ メール : _____

記録の送り先 : _____ MyChart _____ メール _____ ディスク _____ 書面 _____ ファックス _____

以下の施設からの情報を請求しています。

病院名 (列記) および電話番号	クリニック名 (列記) および電話番号

開始日 : _____ 終了日 : _____

以下の診断または損傷に関連した情報 : _____

開示する情報 :

病歴と身体検査

退院手続き概要書

手術報告書

救急科報告書

診断書 (臨床検査、X線、EKG など)

経過記録

その他 (詳細) : _____

目的 : _____

取り消しが行われない限り、本承認書は 180 日後または記載されたこの日付に失効します。 _____

条件 : 本承認書の範囲は、私が書面で明白に制限しない限り、性病、AIDS、HIV 感染、アルコールおよび/または薬物乱用、精神衛生状態または他の機密情報に関する検査および/または治療を含むすべての面にまで及びます。

患者署名 : _____ 日付 : _____

(フォームを印刷し、手書きで署名してください)

患者代理人名 : _____ 日付 : _____

患者代理人名 : _____

(フォームを印刷し、手書きで署名してください。証明書類を添付してください。)

患者との関係 : _____



1ROI