



## 患者様からの指定の診療記録一式へのアクセスの申請

### PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET (JAPANESE)

一部の分野において、Swedish Health Services および関連機関では、患者様の通院記録とは別に患者様の診療記録を保管している場合があります。ご要望に応じて、別の施設にこのフォームのコピーをファックスでお送りいたします。

In some areas, Swedish Health Services and affiliates may store patient clinic records separately from patient hospital records. We would be glad to fax a copy of this form to other facilities upon request.

ご用意した申請フォームだけでは足りない場合、追加の書類を添付することができます。

You may attach an additional page if more room is needed than provided on the request form.

ケアを受けた場所に応じて、次のいずれかに本フォームを提出してください。

**Please submit this form to one of these locations, depending on where you received care:**

<p align="center"><b>Swedish Medical Center</b></p> <p align="center">Release of Information</p> <p align="center">747 Broadway, Seattle, WA 98122</p> <p align="center">電話番号/ Phone: (206) 320-3850</p> <p align="center">ファックス番号/ Fax: (206) 320-2626</p> <p align="center">電子メール/ Email: ROI@swedish.org</p>	<p align="center"><b>Swedish Medical Group</b></p> <p align="center">電話番号/ Phone: (206) 320-3025</p> <p align="center">ファックス番号/ Fax: (478) 238-9436</p> <p align="center">電子メール/ Email: smgroi-wa@cioxhealth.com</p>
---	--

この請求には、手数料がかかる場合があります。

Fees may be associated with this request.



3600



Patient Identification Sticker

**重要:** Swedish および関連機関は、請求において必要な場合を除いて、患者様の社会保障番号を印刷または公開することはありません。ただし、患者様の記録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、ご請求の記録に、社会保障番号が含まれている場合がありますのでご注意ください。

**Important:** Swedish and affiliates no longer print or release patient social security numbers unless required for billing. However, social security numbers may be included in patient records that are more than a few years old. The records you are requesting may include your social security number.

当施設、その職員、役員および医師は、本書に提示され、承諾された範囲内で、上記の情報を開示することについて、いかなる法的責任をも免除されます。

当施設、その職員、役員および医師は、本書に提示され、承諾された範囲内で、上記の情報を開示することについて、いかなる法的責任をも免除されます。

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。

Swedish Health Services and its Affiliates do not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability in their health programs and activities.

**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).



3600

**SWEDISH**

Patient Identification Sticker

**患者様からの指定の診療記録一式へのアクセスの申請****PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET (JAPANESE)**

患者の氏名: _____		DOB: _____	
Patient's Name:		DOB:	
旧姓: _____		電話番号: _____	
Prior Name(s) Used:		Phone:	
患者の住所: _____			
Patient's Address:			
市: _____	州: _____	郵便番号: _____	
City:	State:	Zip Code:	
患者のメール: _____			
Patient's Email:			
記録の開示先: 上記住所の自分自身 <input type="checkbox"/>		または、以下の受領者 <input type="checkbox"/>	
Please disclose my records to: Myself at the address above <input type="checkbox"/>		or the following recipient <input type="checkbox"/>	
氏名: _____		住所: _____	
Name:		Address:	
市: _____	州: _____	郵便番号: _____	
City:	State:	Zip Code:	
電話番号: _____	ファックス番号: _____	電子メール: _____	
Phone:	Fax:	Email:	
私の記録は、これで送ってください:			
<input type="checkbox"/> MyChart		<input type="checkbox"/> 電子メール	<input type="checkbox"/> ディスク
<input type="checkbox"/> MyChart		<input type="checkbox"/> Email	<input type="checkbox"/> Disc
		<input type="checkbox"/> 書面	<input type="checkbox"/> ファックス
		<input type="checkbox"/> Paper	<input type="checkbox"/> Fax
<b>私は、以下の施設からの情報を求めています。</b>			
<b>私 am requesting information from the following facility(s):</b>			
病院名 (列記) および電話番号	および/または	クリニック名 (列記) または提供者名	
List Hospital(s) or Provider Name(s)	AND/OR	List Clinic(s) or Provider Name(s)	



3600

**SWEDISH**

Patient Identification Sticker

次の日付範囲について: ここから: \_\_\_\_\_ ここまで: \_\_\_\_\_  
 For the range of dates from: \_\_\_\_\_ to: \_\_\_\_\_

開示する情報:

Information to be disclosed:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 病歴と身体検査<br>History & Physical                                    | <input type="checkbox"/> 退院手続き概要書<br>Discharge Summary |
| <input type="checkbox"/> 手術報告書<br>Operative Report  | <input type="checkbox"/> 救急科<br>Emergency Department   |
| <input type="checkbox"/> 診断書 (臨床検査、X線、EKGなど)<br>Diagnostic Report (lab, x-ray, EKG, etc.) | <input type="checkbox"/> 経過記録<br>Report Progress Notes |
| <input type="checkbox"/> その他 (詳細): _____<br>Other (specify): _____                        | <input type="checkbox"/> 過去2年間のみ<br>Last 2 years only  |

この請求には、手数料がかかる場合があります。一部の記録はMyChartを通じて送付することはできません。  
 Fees may be associated with this request. Some records are unavailable to receive via MyChart.

患者署名: \_\_\_\_\_  
 (フォームを印刷し、手書きで署名してください)

日付: \_\_\_\_\_  
 Date:

Patient Signature: (Print form and sign by hand)

代理人氏名: \_\_\_\_\_  
 Representative Name:

日付: \_\_\_\_\_  
 Date:

代理人署名: \_\_\_\_\_  
 Representative Signature:

患者との関係:

Relation to Patient:

(フォームを印刷し、手書きで署名してください。裏付けとなる書類を添付してください。)  
 (Print form and sign by hand. Please include supporting documentation.)



1ROI