



3600



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)

一部の分野において、スウェディッシュおよび関連会社では、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。

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。

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。

### Swedish Medical Center

Release of Information

747 Broadway

Seattle, WA 98122

電話番号：(206) 320-3850

ファックス：(206) 320-2626

### Swedish Medical Group

Centralized Services Department

800 5th Avenue, Suite 800

Seattle, WA 98104

電話番号：(206) 320-3025

ファックス：425-454-2935

**重要事項：**スウェディッシュおよび関連会社は、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。この請求には、手数料がかかる場合があります。

こちらの施設、その職員、役員、および医師は、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。

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。  
電話 888-311-9127 (スウェディッシュ・エドモンズ 888-311-9178) (TTY: 711)。

ATTENTION: If you speak English, you have at your disposal free language assistance services.  
Call 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (TTY: 711).



3600

**SWEDISH**

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)

Patient Identification Sticker

苗字 (ラストネーム) :  名 (ファーストネーム) :  ミドルネーム :

生年月日 :  別名 :

現住所 :

市 :  州 :  郵便番号 :  電話 :

過去2年以内に引っ越している場合は以前の住所。

市 :  州 :  郵便番号 :

記録の送り先 :  書面  ディスク  MyChart  メール :

受領者の名前 :  ファックス番号 :

受領者の住所 :

以下の施設からの記録を請求しています：

病院/医療提供社名	クリニック/医療提供社名
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

開始日 :  終了日 :

- 関連書類：  病歴と身体検査  手術報告書  診断報告書  
 退院手続き概要書  ED報告書  来院メモ

診断フィルムのCD (日時を提供してください) :

すべての記録

その他 (詳細) :

患者/個人代理人  
 こちらに署名：

\_\_\_\_\_ 日付： \_\_\_\_\_  
 (活字体とこちらに署名)

個人代理人の場合：

氏名 (活字体) :

理由の説明 :

**社外秘**

日付  
 受領 : \_\_\_\_\_  
 ID確認者 : \_\_\_\_\_