



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。

I understand the following:

- 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。

I have the right to refuse to sign this form for authorization to disclose or release my protected health information. Refusal to sign the authorization will not adversely affect my ability to receive health care services or reimbursement for services. The only circumstance when refusal to sign this authorization may affect my ability to receive health care services is if the health care services are research-related or solely for the purpose of providing health information to someone else and the authorization is needed to make that disclosure.

- 本依頼には、謝礼が支払われることがあります。

There may be a fee associated with this request.

- 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。

Information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure and no longer protected under federal law. However, I also understand that federal or state law may restrict re-disclosure of HIV/AIDS, mental health information, genetic testing information, and drug/alcohol diagnosis, treatment, or referral information.

- 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。 I have the right to receive a copy of this signed authorization.

- 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。

I may revoke this authorization in writing at any time. If I revoke this authorization, the information described below may no longer be used or disclosed for the purposes described in the written authorization. The only exception is when Swedish has taken action in reliance on the authorization or the authorization was obtained as a condition of insurance coverage.

ケアを受けた場所に応じて、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。

Please submit this authorization or revocation to one of these locations, depending on where you received care:

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

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。

Important: Swedish no longer prints or releases patient social security numbers unless required for billing. However, social security numbers may be included in patient information that is more than a few years old. The information you are authorizing to be released may include your social security number.

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。



**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)**

The facility, its employees, officers and physicians are hereby released from any legal responsibility or liability for disclosure of the above information to the extent indicated and authorized herein.

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.

注意：英語を話されない場合は、無料言語支援サービスをご自由にお使いください。電話番号 (888) 311-9127 (TTY: 711)。

ATTENTION: If you do not speak English, you have at your disposal free language assistance services. Call (888) 311-9127 (TTY: 711).

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。
I authorize Swedish to use and disclose a copy of the specific health information described below regarding:

患者名/Patient's Name _____ 生年月日/DOB: _____

患者の住所/Patient's Address: _____ 電話番号/Phone: _____

市/City: _____ 州/State: _____ 郵便番号/Zip Code: _____

開示先: 本人 または受領者の氏名 : _____
To be disclosed to: Self Or Recipient's Name:

受領者の住所 : _____
Recipient's Address:

市/City: _____ 州/State: _____ 郵便番号/Zip Code: _____

電話番号/Phone: _____ ファックス/Fax: _____ メール/Email: _____

記録の送り先 : MyChart メール ディスク 書面 ファックス
Please send my records via: MyChart Email Disc Paper Fax

以下の施設からの情報を請求しています。 I am requesting information from the following facility(s):

病院名 (列記) および電話番号 Hospital Name (List) & Phone Number	クリニック名 (列記) および電話番号 Clinic Name (List) & Phone Number

開始日 : _____ 終了日 : _____
For the range of dates from: to:

以下の診断または損傷に関連した情報 : _____
For information related to the following diagnosis or injury:

開示する情報/Information to be disclosed:

- 病歴と身体検査/History & Physical
- 手術報告書/Operative Report
- 診断書 (臨床検査、X線、EKGなど)
Diagnostic Reports (lab, x-ray, EKG, etc.)
- その他 (詳細) / Other (specify):
- 退院手続き概要書/Discharge Summary
- 救急科報告書/Emergency Department Report
- 経過記録/Progress Notes



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)

目的 : _____
For the purpose of:

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。 _____
Unless revoked, this authorization expires in 180 days or on this Date:

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。
Terms: This authorization, unless expressly limited by me in writing, will extend to all aspects of testing and/or treatment of sexually transmitted diseases, AIDS, HIV Infection, alcohol and/or drug abuse, mental health conditions or other sensitive information.

患者署名 : _____ 日付/Date: _____
Patient Signature: (フォームを印刷し、手書きで署名してください) (Print form and sign by hand)

患者代理人名 : _____ 日付/Date: _____
Patient Representative Name:

患者代理人名 : _____
Patient Representative Signature: (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。) (Print form and sign by hand. Please include supporting documentation.)

患者との関係 : _____
Relation to Patient:

