

## 指定された記録群に含まれる PHI へのアクセスリクエスト

患者向けポータル「MyChart」を活用すれば、記録の多くをいつでも簡単に閲覧・印刷できます。ご自身の記録の取得にはぜひ、「MyChart」をご活用ください。

患者氏名： \_\_\_\_\_  
姓 名 ミドルネーム 旧姓その他

生年月日： \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_  
月 日 年

住所： \_\_\_\_\_

都市： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 郵便番号： \_\_\_\_\_

電子メールアドレス（後述の注意事項を参照のこと）： \_\_\_\_\_

開示をご希望の情報：

- |                                    |  |                                   |
|------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> すべての記録    | <input type="checkbox"/> 画像／動画／録音                | <input type="checkbox"/> 病理報告書    |
| <input type="checkbox"/> 退院要約      | <input type="checkbox"/> 病歴および身体所見               | <input type="checkbox"/> 検査報告書    |
| <input type="checkbox"/> 投薬記録      | <input type="checkbox"/> 経過記録                    | <input type="checkbox"/> 手術報告書／記録 |
| <input type="checkbox"/> その他の処置報告書 | <input type="checkbox"/> 放射線報告書                  | <input type="checkbox"/> 請求項目明細書  |
| <input type="checkbox"/> 予防接種記録    | <input type="checkbox"/> その他（具体的にご記入ください）： _____ |                                   |

実施日： \_\_\_\_\_

形式： 閲覧  紙のコピー  電子コピー

電子メールは決して安全な通信手段ではありません。リスクをご了承の上でご利用になる場合は、リクエストに応じて電子メールで記録をお送りします。その場合は、上記の所定欄に電子メールアドレスをご記入ください。それ以外の場合は、記録を直接受け取りにお越しいただくか、ご記入いただいた住所宛てに郵便で記録をお送りします。

情報の開示先： ご自身  
 その他（具体的にご記入ください）： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

私は、このフォームのコピーを受け取る旨、当リクエストが 30 日以内に処理される旨を理解しています。私は、上記で「閲覧」のボックスにチェックを入れた場合、開示を希望した情報のみの閲覧を目的として医療機関とのアポイントメントを設定する必要があることを理解しています。

私は、上記で「コピー」のボックスにチェックを入れた場合、HIPAA（医療保険の相互運用性と責任に関する法律）に従って実費に基づいた妥当な料金（資材および人件費、送料、コピー代）を自ら支払う必要がある旨、ならびにリクエストした情報が上記の住所宛てに郵便で送付される旨を理解しています。

私は、この情報開示リクエストが却下されたり、部分的に認められ情報の一部のみが開示される可能性があることを理解しています。私は、そのような決定に関し、エール大学が指定する別の有資格の医療従事者に審査を要請するため、下記の Privacy Officer に書面でリクエストを送付する権利を有します。

私は、情報開示リクエストの最終的な却下に対し、その却下を私が受領してから 180 日以内に、下記の宛先に書面で苦情を申し立てる権利を有します。Privacy Officer, Yale University, P.O.Box 208255, New Haven, CT 06520-8255

\_\_\_\_\_  
患者の署名 日付 または \_\_\_\_\_  
保護者／法定後見人／権限保持者 日付

患者との関係

このフォームに必要な事項をご記入の上、郵便、ファックス、またはスキャンの上電子的手段で次の宛先までお送りください：