

情報公開
医療情報交換の承認

_____は UHC 大学健康センター) に記録を公開する または _____は UHC (大学健康センター) から記録を要請する

UNIVERSITY HEALTH CENTER 1232 UNIVERSITY OF OREGON EUGENE, OREGON 97403 電話番号: (541) 346-2770 ファックス番号: (541) 346-2747 uhcmedicalrecords@uoregon.edu	氏名 _____ 住所 _____ 市/州/郵便番号 _____ 電話番号: _____ ファックス番号: _____ 相手先: _____
--	---

公開の目的:

_____医療の継続 _____保険
_____学生支援 _____その他 (詳細を記入) _____

記録は予約のために必要ですか? はい いいえ 日付: _____

公開する記録:

_____カルテの記録 _____予防接種 _____X線結果 _____歯科記録 _____歯科画像
_____検査結果 _____理学療法 / スポーツ医学 _____X線画像

特別承認: (イニシャルを記入のこと)

_____ HIV/エイズ検査および進行に関する記録 _____メンタルヘルスの記録
_____アルコールおよび薬物依存治療 _____遺伝子検査

記録の公開の方法: (口頭による公開を除き、2つ以上の方法選ぶと、追加料金がかかる場合があります。)

コピーの郵送 _____ 口頭 _____ 取りに行く _____ ファックス _____ 患者ポータル _____
(現在の学生のみ)

再公開に関する表明: 本承認によって情報が公開されると、大学健康センターまたは患者の了解もしくは同意なしに、受領者によって再公開される可能性があります。再公開は、連邦又は州のプライバシー規則によって保護されない場合があります。患者は、いつでも本承認を取り消す権利がありますが、大学健康センターが本承認に基づいてすでに行動を起こした後、または、保険取得の条件として本承認が得られた場合を除きます。本承認書を取り消すには、承認を取り消すことを表明した署名入りの文書を、大学健康センター医療記録部門まで持参するか、郵送するか、ファックス送信する必要があります。

依頼された事項の処理には、10 営業日かかります。

(同じ記録を繰返し依頼した場合や、記録が 50 ページを超える場合には、わずかな料金がかかる場合があります。)

下記の署名により、私は、医療記録を公開することを承認し、それに同意します。
書面で取り消さない限り、本承認は、署名日から 365 日間有効となります。

氏名（活字体）：_____ UO ID: _____

生年月日: _____

署名: _____ 日付: _____ 電話番号: _____

UNIVERSITY HEALTH CENTER

1232 University of Oregon, Eugene, OR 97403-1232

電話番号: 541-346-2770 ● ファックス番号: 541-346-2747 ● Eメール: uhcmedicalrecords@uoregon.edu