

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

注意: ここで特に指定しないかぎり、最新の2年間の記録のみが公開されます。

\_\_\_\_\_ (50+ページまたは複数の記録要求により\$18 の手数料がかかる可能性があります)

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。  
書面を取り消さない限り、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](mailto:uhcmedicalrecords@uoregon.edu)