

<p>MICHIGAN MEDICINE Revenue Cycle Mid Service (HIM) Release of Information (ROI) Unit 3621 S. State Street 700 KMS Place Bay 11 – Mid Service Ann Arbor, Michigan 48108-1633 Phone: (734) 936-5490 Fax: (734) 936-8571</p>	<p style="text-align: center;">医療記録のコピーを開示す るための許可書</p> <p style="text-align: center;">AUTHORIZATION TO RELEASE COPIES OF A MEDICAL RECORD (Japanese)</p> <p style="text-align: center;">(患者さんがUMHからの情報送付を希望する) (Patient Requests Information To Be Sent From UMH)</p>	<p style="text-align: right;">For Clinic Use Only:</p> <p><input type="checkbox"/> Records sent from Clinic – please send form to Central Imaging</p> <p><input type="checkbox"/> Mailed <input type="checkbox"/> Picked Up <input type="checkbox"/> Faxed</p> <p>Date Received: _____</p> <p>Date Processed: _____</p> <p>Processed By: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Forwarding Request to ROI for processing</p>
---	--	---

ご希望の情報を受けとることができるようにこの書式に必要事項をご記入ください。

Please complete this form in its entirety so we can help you receive the information you are requesting.

1. この許可書は任意です。私がこの書類に署名することで、ミシガン・メディソンが治療、支払い、登録、給付の資格を決定しないこと理解します。料金表については2ページ目をご覧ください。

1. This authorization is voluntary. I understand that Michigan Medicine will not base treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits on my signing this document. Please see the second page for our fee schedule.

患者の名前 Patient : _____ 旧姓/別名 Maiden/AKA : _____

生年月日 Date of Birth : _____

町名番地 StreetAddress: _____

カルテ番号 (MRN) (任意) MRN (optional) : _____

市/州/郵便番号 City/State/Zip : _____

電話番号 Telephone # : _____

メールアドレス Email Address : _____

2. 本人：私の保護された健康情報を上記の住所に私自身に開示することをミシガン・メディソンに要請します。

Myself: I request Michigan Medicine to release my protected health information to Myself to the address listed above.

受け渡し方法の選択： MyUofMHealth.org 患者ポータル 電子（電子メールウェブリンク） 米国郵便

Select delivery method: MyUofMHealth.org Patient Portal Electronic (email web link) US MAIL

3. その他：私は患者、または上記の患者の法定代理人であり、私の保護されるべき健康情報（または上記の患者情報）を以下に開示することをミシガン・メディソンに要請します。

Other: I am the patient, or the legally authorized representative of the patient listed above and request Michigan Medicine to release my protected health information (or the patient information listed above) to:

個人/人 Individual/Person : _____

会社/組織 Company/Organization : _____

町名番地 Street Address : _____

市/州/郵便番号 City/State/Zip : _____

電話番号 Telephone # : _____

受け渡し方法の選択： ファックス番号（医療従事者のみ/至急） : _____

Select delivery method: Fax # (only health providers / urgent

米国郵便 翌日配達証明郵便（追加料金） 電子メール _____

US Mail Certified Overnight Delivery (extra charge) E-mail _____

4. 他の個人/組織に開示/提供する目的：

Purpose of release/disclosure to other person/organization:

開示の理由 推奨記録一式（セクション5に記載）

MICHIGAN MEDICINE
Revenue Cycle Mid Service (HIM)
Release of Information (ROI) Unit
3621 S. State Street 700 KMS Place
Bay 11 – Mid Service
Ann Arbor, Michigan 48108-1633
Phone: (734) 936-5490
Fax: (734) 936-8571

医療記録のコピーを開示する ための許可書

AUTHORIZATION TO RELEASE COPIES OF A MEDICAL RECORD (Japanese)

(患者さんがUMHSからの情報送付を希望する)
(Patient Requests Information To Be Sent From UMHS)

For Clinic Use Only:

- Records sent from Clinic – please send form to Central Imaging
 Mailed Picked Up Faxed
Date Received: _____
Date Processed: _____
Processed By: _____
 Forwarding Request to ROI for processing

その他の記録 (明記してください) : Other Records (Please specify): _____

特定の医療従事者のみ Only Specific Providers: _____

(該当する場合、)記録入手のご依頼は、以下の各部門にお問い合わせください:

Please contact the individual departments below to request their records (as applicable):

*請求記録 – 電話番号: (855) 855-0863 Billing Records – Call (855) 855-0863

*放射線科フィルム画像: 電話番号: (734) 936-4517 追加料金が発生する場合があります。

Radiology Films Images: Call (734) 936-4517 Additional Charges May Apply

*病理スライド: 電話番号: (800) 862-7284 追加料金が発生する場合があります。

Pathology Slides: Call (800) 862-7284 Additional Charges May Apply

6. この許可の有効期限: _____ (期限が切れる日付、または出来事を明記してください)。

. This authorization expires on: _____ (specify expiration date or event).

有効期限を記入しない場合、許可の有効期限は署名日から 60 日間となります。

If the expiration date is left blank, the authorization expires 60 days from the signature date.

7. 許可の撤回 (取り消し) : 私はこの許可をいつでも撤回(取り消す) ことができます。撤回 (取り消し) はこのフォームに記載されているミシガン・メディスンレベニューサイクルミッドサービス (健康情報管理) 情報開示課の住所に書面で送付する必要があります。すでに公開されている情報については、撤回 (取り消し) は適用されません。保険適用の条件としてこの許可を得た場合、法律で保険会社に与えられている保険会社が保険契約に基づく請求に異議を唱える権利、または保険契約そのものに対して、この許可は適用されません。

Revoking (cancelling) authorization: I may revoke (cancel) this authorization at any time. Revocations (cancellations) must be made in writing and sent to the Michigan Medicine Revenue Cycle Mid Service (HIM) Release of Information Unit at the address listed on this form. Revocations (cancellations) will not apply to information that already has been released. If this authorization was obtained as a condition of providing insurance coverage, the authorization will not apply to my insurance company to the extent the law provides my insurer with the right to contest a claim under the policy, or the policy itself.

8. 注釈: いったん情報が開示されると、ミシガン・メディスンはその後にそれが開示されることを阻止することはできません。

Note: Once information has been disclosed, Michigan Medicine can no longer protect it from further disclosure.

9. 支払い: ほとんどの記録の請求には、以下のような手数料がかかります。 手数料の承認が必要な場合はチェックマークを入れてください。

Payment: There will be fees associated with most record requests as outlined below. Check if Fee Approval Required

<p>MICHIGAN MEDICINE Revenue Cycle Mid Service (HIM) Release of Information (ROI) Unit 3621 S. State Street 700 KMS Place Bay 11 – Mid Service Ann Arbor, Michigan 48108-1633 Phone: (734) 936-5490 Fax: (734) 936-8571</p>	<p>医療記録のコピーを開示する ための許可書</p> <p>AUTHORIZATION TO RELEASE COPIES OF A MEDICAL RECORD (Japanese) <i>(患者さんがUMHからの情報送付を希望する)</i> <i>(Patient Requests Information To Be Sent From UMH)</i></p>	<p>For Clinic Use Only:</p> <p><input type="checkbox"/> Records sent from Clinic – please send form to Central Imaging <input type="checkbox"/> Mailed <input type="checkbox"/> Picked Up <input type="checkbox"/> Faxed Date Received: _____ Date Processed: _____ Processed By: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Forwarding Request to ROI for processing</p>
--	---	--

_____/_____/_____
患者または法定代理人の署名 (患者が未成年または署名できない場合) **日付** (月/日/西暦年/)
Signature of Patient or Legally Authorized Representative (if patient is a minor or unable to sign) **DATE** (mm/dd/yyyy)

法定代理人の名前 (活字体) (患者が未成年または署名できない場合)
患者との関係 配偶者 親 親近者 法定後見人 医療に関する永続的委任状(コピーを添付)
Printed Name of Legally Authorized Representative (if patient is a minor or unable to sign)
Relationship to Patient: Spouse Parent Next-of-Kin Legal Guardian DPOA for Healthcare (attach copy)

ご要望に関する追加情報

Additional Information Regarding Your Request

代理で医療記録を要請する

ご自身以外の人のために医療記録を請求する場合、記録一式を請求する法的権利があることを示す追加書類の提出を求められることがあります。これらの書類の例として、代理人委任状、後見人書類、相続人宣誓供述書など。ご要望を処理するために必要な書類については、情報開示課 (Release of Information Unit) (734) 936-5490 にお問い合わせください。

REQUESTING MEDICAL RECORDS ON BEHALF OF ANOTHER PERSON

If you are requesting medical records for someone other than yourself, you may be required to provide additional documentation to show that you have a legal right to request the record set. Examples of these documents include Letters of Representation, Guardianship Papers, Affidavits of Heir at Law, etc. Please contact the Release of Information Unit at (734) 936-5490 to determine the documentation that will be required to process your request.

医療記録の請求と記録のコピーの受領 - 対面での受け取りサービスはありません。

- レベニューサイクルミッドサービス (健康情報管理)、情報開示課 (Revenue Cycle Mid Service (HIM), Release of Information Unit 3621 S. State Street 700 KMS Place, Bay 11 – Mid Service, Ann Arbor, MI 48108-1633) に郵送してください。
- レベニューサイクルミッドサービス (健康情報管理)、情報開示課 (Revenue Cycle Mid Service (HIM), Release of Information Unit) (734) 936-8571 にファックスで送信してください。

SUBMITTING REQUESTS & RECEIVING RECORD COPIES - No In-Person Service:

- Mailed to Revenue Cycle Mid Service (HIM), Release of Information Unit at 3621 S. State Street 700 KMS Place, Bay 11 – Mid Service, Ann Arbor, MI 48108-1633
- Faxed to Revenue Cycle Mid Service (HIM), , Release of Information Unit at (734) 936-8571

リクエストの処理にかかる時間は平均5営業日でそれに郵送時間が加わります。特にお申し出がない限り、記録は米国郵便にて送付されます。医療緊急時に必要な記録は、医師または医療施設に直接ファックスで送信されます。追加で連絡を取る必要がある場合に備えて、お申し込みの際には電話番号の記載をお願いします。医療記録のコピーの請求に関するご質問は、こちらまでお願いします。レヴェニュー・サイクル・ミッド・サービス-情報開示課 (Revenue Cycle Mid Service – Release of Information Unit) (734) 936-5490 にご連絡ください。

Our average turnaround time for processing requests is five business days plus shipping time. Unless otherwise requested, records will be sent through US Mail. Records needed for medical emergencies will be faxed directly to a physician or medical facility. Please include your phone number on your request, in case we need to contact you for additional information. **For questions regarding requests for medical record copies, please contact: Revenue Cycle Mid Service – Release of Information Unit at (734) 936-5490.**

料金は、ミシガン州医療記録アクセス法、P.A. 47 of 2004, MCL 333.26269 によって承認され、毎年更新されます。追加料金の案内は連邦政府の規定により提供します。法律、保険、または個人的な使用のために請求れた記録によっては、前払いを必要とする場合があります。前払いが必要な場合は、要請を受理後、手数料の通知をお送りします。以下の料金に、郵送料とミシガン州の税金が加算されます。現在の料金表：<https://www.uofmhealth.org/patient-visitor-guide/medical-records> 記録料金は 2018 年 4 月より以下のように請求させていただきます。

FEES are authorized and updated annually by the State of Michigan Medical Records Access Act, P.A. 47 of 2004, MCL 333.26269. **Additional fee guidance is provided under federal regulations.** Some records requested for legal, insurance, or personal use may require a prepayment. If your request requires pre-payment, a fee notice will be sent to you upon receipt of your request. Actual postage and Michigan State tax will be added to the fees outlined below. The current Fee Schedule can be found at <https://www.uofmhealth.org/patient-visitor-guide/medical-records>. Records fees will be billed as follows as of April 2018:

患者：

- MyUofMHealth 患者ポータル-無料
- 電子記録 電子配信 -料金表参照
- 電子記録を用紙で郵送--料金表参照
- 文書記録を電子配信- 料金表参照
- 文書記録を用紙で郵送-料金表参照

Patients:

- MyUofMHealth Patient Portal – No fee
- Electronic Records Electronic Delivery – See Fee Schedule
- Electronic records to Paper Mailed – See Fee Schedule
- Paper Records Electronic Delivery – See Fee Schedule
- Paper Records to Paper Mailed – See Fee Schedule

弁護士と保険会社：

- 州法で認められている事務手数料 -料金表参照
- ページごとの料金 -料金表参照
- 該当する実際の郵便料金
- 患者の指示-料金表参照

Attorneys and Insurance Companies:

- Clerical Fee as permitted by State Law – See Fee Schedule
- Per Page Fees – See Fee Schedule
- Actual Postage Fees as Applicable
- Patient Directives – See Fee Schedule

私の診療記録のコピーを電子または書類でどのようにして手に入れることができますか？



レコード・コネクトはミシガン・メディスンの患者さんとご家族に診療記録のコピーを提供する承認された機関です。

無料のサービス：

(ポータルアカウントに再び公開が可能な記録について)

MyUofMHealth 患者ポータルアカウントから記録を請求する場合は**無料**です。

費用はいくらかかりますか？

診療記録の送り先	記録の種類	費用
患者に直接渡す	電子記録を電子配信した場合	\$6.50
患者に直接渡す	電子またはその他の記録を書類で発送した場合	\$6.50 その他税金と送料
患者の指示で家族に記録を送る	電子記録を電子配信した場合	\$6.50
患者の指示で第三者に記録を送る	電子記録や変換を要する記録を電子配信した場合	初期料金：\$25.64 それに加え変換した書類のページごとの料金（以下参照）
<u>第三者による診療記録の請求</u> <u>(弁護士、保険会社、およびその他すべての第三者)</u>	電子またはその他の記録を書類で発送した場合	初期料金：\$25.64
		1 – 20 ページ：1 ページにつき \$1.28
		21 – 50 ページ：1 ページにつき \$0.64
		51 + ページ：1 ページにつき \$0.26

治療継続のために担当医に記録を直接送る場合は**無料**です。

ファックス：
(734) 936-8571

電話：(734) 936-5490

住所：
情報開示課

Release of Information
3621 S. State 700 KMS Pl
Bay 11 - Mid Service
Ann Arbor, MI 48108-1633

**** 料金には郵送料と税金は含まれません。**

営業日数で5日から7日でお届けするよう努めていますが、HIPAA 下で処理するのに最長で30日を要する場合がありますことをご了承ください。