

<p>MICHIGAN MEDICINE  Revenue Cycle Mid Service (HIM)  <b>Release of Information (ROI) Unit</b>  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;"><b>医療記録のコピーを開示する  ための許可書</b></p> <p style="text-align: center;"><b>AUTHORIZATION  TO RELEASE COPIES OF A  MEDICAL RECORD (Japanese)</b></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;"><b>For Clinic Use Only:</b></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><b>Date Received:</b> _____</p> <p><b>Date Processed:</b> _____</p> <p><b>Processed By:</b> _____</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UMHからの情報送付を希望する)  
 (Patient Requests Information To Be Sent From UMH)

**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

- 治療の継続/転院      パッケージ 1  
 弁護士/法律家      パッケージ 2 で選択された日付の範囲  
 保険会社      パッケージ 1 で選択された日付の範囲  
 労働者災害補償      パッケージ 1 の事故の日から  
 患者の指示      患者による指示  
 その他 (明記してください) : \_\_\_\_\_

Reason for Disclosure

Recommended Record Set (as described in Section 5)

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Continuation of Care/Transfer of Care | Package 1                           |
| <input type="checkbox"/> Attorney/Legal                        | Package 2 for a selected date range |
| <input type="checkbox"/> Insurance Company                     | Package 1 for a selected date range |
| <input type="checkbox"/> Workman’s Compensation                | Package 1 from date of incident     |
| <input type="checkbox"/> Patient Directive                     | As directed by Patient              |
| <input type="checkbox"/> Other (specify): _____                |                                     |

5. 上記の選択された方に開示する記録一式：アルコール/薬物使用障害の情報の開示については用紙 70-10232 を使用してください。

**Record set to be released to the party indicated above: Use form 70-10232 for release of alcohol / substance use disorder info.**

この用紙に指定された目的および条件のため以下の情報の開示を要求します。それには、アルコールと薬物の乱用や治療、心理およびソーシャルワークのカウンセリング、HIV、エイズまたはエイズ関連複合体 (ARC)、性感染症、性病、結核と肝炎を含む伝染病または感染症、遺伝子情報や人口統計情報も含むことがあります。

I request the following information be released, which may include: alcohol and drug abuse/treatment; psychological and social work counseling; HIV, AIDS or ARC; communicable disease or infections, including sexually transmitted diseases, venereal disease, tuberculosis and hepatitis; genetic information and demographic information, for the purposes and conditions designated on this form.

パッケージの選択 (セクション4の推奨の通り、以下に指定することができます) :

**Package selections (as recommended in Section 4, more may be specified below):**

- パッケージ 1 : 特定の事故、傷病に関連する**主要な臨床文書**

(これには、該当する場合、既往歴と身体所見、退院の要旨、手術のレポート、診察、外来診療記録、検査報告、救命救急医の記録が含まれます。)

Package 1: **Key Clinical** Written Documentation (includes, as applicable, history & physical, discharge summary, operative reports, consults, outpatient visit notes, test reports, ER clinician notes) related to a specific incident, injury or illness

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (月/日/西暦年) から \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (月/日/西暦年) まで。もし日付の記載がない場合は、過去 24 ヵ月分

from \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (mm/dd/yyyy) to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (mm/dd/yyyy). If no dates listed, for the past 24 months.

- パッケージ 2 : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ から \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ までの**すべての臨床文書** (該当する場合、  
 (月/日/西暦年) (月/日/西暦年)

Package 2: **All Clinical** Written Documentation from \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (includes, as applicable, (mm/dd/yyyy) (mm/dd/yyyy)

パッケージ 1 の内容に加え看護記録、フローシート、薬の投与記録、医師の指示等が含まれます)。

Package 1 contents along with nursing notes, flow sheets, medication administration records, physician orders, etc.).

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UMHからの情報送付を希望する)  
 (Patient Requests Information To Be Sent From UMH)

**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) <b>Release of Information (ROI) Unit</b> 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><b>医療記録のコピーを開示する ための許可書</b></p> <p><b>AUTHORIZATION TO RELEASE COPIES OF A MEDICAL RECORD (Japanese)</b> <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 style="text-align: center;"><b>For Clinic Use Only:</b></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  <b>Date Received:</b> _____  <b>Date Processed:</b> _____  <b>Processed By:</b> _____</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/)

電子署名は署名をした人物の名前、日付、時刻の証明を伴ってなければいけません。

Signature of Patient or Legally Authorized Representative (if patient is a minor or unable to sign)      DATE (mm/dd/yyyy)  
*Electronic signatures must include an attestation of the Name/Date/Time the individual signed the form*

\_\_\_\_\_  
 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。**

- 郵送のみ - 対面の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:**

- MAIL ONLY – NO WALK-IN SERVICES - 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

<p>MICHIGAN MEDICINE Revenue Cycle Mid Service (HIM) <b>Release of Information (ROI) Unit</b> 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><b>医療記録のコピーを開示す るための許可書</b></p> <p><b>AUTHORIZATION TO RELEASE COPIES OF A MEDICAL RECORD (Japanese)</b> <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 style="text-align: center;"><b>For Clinic Use Only:</b></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  <b>Date Received:</b> _____  <b>Date Processed:</b> _____  <b>Processed By:</b> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Forwarding Request to ROI for processing</p>
--	---	--

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。レベ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？



バイタル・チャート（VRC）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。医療記録伝送メールはバイタル・チャートから届きます。

## 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。

## 2024 年度の費用はいくらですか？

診療記録の送り先	記録の種類	費用
MyUofMHealth	ポータルで配信できる記録	無料
患者に直接渡す	電子記録を電子配信した場合	\$6.89
患者に直接渡す	電子又はその他の記録を書類で発送した場合	\$6.89 と実際の送料
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	\$6.89
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：\$30.60 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（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：\$30.60
		1-20 ページ：1 ページにつき\$1.53
		21-50 ページ：1 ページにつき\$0.77
		51 ページ以上：1 ページにつき\$0.31

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：（郵送用のみ）

情報開示課

Release of Information

3621 S. State 700 KMS Pl

Bay 11 - Mid Service

Ann Arbor, MI 48108-1633

**\*\*対面でのサービスは**

**ありません**

**\*\* 料金には郵送料と税金は含まれません。**

業務日数で5日から7日でお届けするよう努めていますが、最長30日を要する場合があります

ことをご了承ください。