

患者の病歴
Patient Medical History Form

患者氏名
Patient Name

生年月日
Date of Birth

適用する個所は○で囲む
Please circle where appropriate and clarify as needed

妊娠および出生歴

Pregnancy and Birth History

妊娠時の母親の年齢

妊娠時の病気の有無? Y N

Mother's age as Pregnancy

Any illness during Pregnancy? Y N

妊娠時の薬の服用(ビタミン剤、鉄剤は除く)

Any Medication during Pregnancy? (exclude vitamins & Irons)

喫煙/アルコール/妊娠中の麻薬の服用

Smoking / Alcohol / Street Drugs during Pregnancy?

出産の時期 早産/遅産/予定日出産(在胎期間 週)

出生時の体重

Was your baby early / late / on time? (Weeks of Gestation)

Birth Weight

分娩は 正常分娩/帝王切開/自発分娩/誘発分娩

アプガー指数

Was the Delivery vaginal / C-section / spontaneous / Induced

Apgar Score

分娩時の合併症やまたは分娩直後に新生児に異常がありましたか?

Any Complications of Delivery or problems with infant at time of Delivery or shortly thereafter?

子どもの既往歴

Child's Past Medical History

薬物アレルギー

環境アレルギー

Medications Allergies

Environmental Allergies

日常飲んでいる薬

Medications taken on a regular basis

予防注射をしていますか? Y N

その記録はありますか? Y N

Immunizations up to date? Y N

Do you have a record? Y N

救急室での治療または入院(どこ/いつ/なぜ)

ER visits or Hospitalizations (where/when/why)

成長発達/行動/感情/学校の問題は?

Development / Behavioral / Emotional / School / Issues?

今までにかかった病気について(○で囲む) Past History of any of the following: (Please circle)

はしか/おたふく風邪/風疹(三日ばしか) /水ぼうそう/百日咳 /結核

Measles / Mumps / Rubella (German or 3-day measles) / Chicken Pox / Whooping Cough / Tuberculosis

/リウマチ熱 / しょう紅熱 / 再発性の耳の炎症 / 再発性喉頭炎

/ Rheumatic Fever / Scarlet Fever / Recurrent Ear Infections / Recurrent Throat Infections

/ 大気過敏症または喘息 / 湿疹 / 貧血 / 出血傾向 / てんかん/肝炎 / 聴力障害

/ Reactive Airway Disease or Asthma / Eczema / Anemia / Bleeding Tendency / Seizures / Hepatitis / Problems with hearing

/ 視力障害

/ Problems with Vision

その他

Other

家族歴:子どもの血族者すべてに関する病気や症状を○で囲む。

Family History: Please circle the conditional and list all blood relatives of your child who have had the following problems.

エイズ/免疫不全 / 貧血 / 血液異常

てんかん/発作

Aids / Immune Deficiency / Anemia / Blood Disorder

Epilepsy / Seizures

喘息 / 乳腺症 / 結核

片頭痛

Asthma / Cystic Fibrosis / Tuberculosis

Migraine

心疾患 / 高血圧 / 高コレステロール血症

Heart Disease / High Blood Pressure / High Cholesterol

癌(種類)

Cancer (type)

糖尿病

Diabetes

アルコール/薬物障害

Alcohol / Drug Problem

先天性欠損症/新生児突然死/知能障害

Birth Defects / Sudden Infant Death / Mental Retardation

早期聴覚障害/関節炎/筋萎縮症

Early Deafness / Arthritis / Muscular Dystrophy

兄弟姉妹:(名前と生年月日)

Siblings: (Name(s) and Dates(s) of Birth)

この記録を書いた人の署名

Signature of person filling out this form

日付け

Date

患者の登録
PATIENT REGISTRATION
(全ての欄を記入してください。)
(PLEASE COMPLETE ALL SECTIONS)

日付 _____
Date: _____

患者の名前 _____ 男 女 生年月日 _____
Patient Name Male Female Birth date:

兄弟、姉妹 _____
Siblings:

生年月日 _____ 生年月日 _____ 生年月日 _____
Date of Birth Date of Birth Date of Birth

住所 _____ 市 _____ 州 _____ 郵便番号 _____
Address: City State Zip

自宅の電話番号 _____ 子供は 両親 母親 父親と暮らしている。
Home Phone: Does the child live: with both parents Mother father

私どものことをどこでお知りになりましたか。 新聞 医者 友人 他 _____
How did you hear about our practice? Newspaper Physician Friend/neighbor Other

母親/保護者 _____ 住所(異なる場合) _____
Mother/Guardian: Address (if different)

生年月日 _____ 自宅の電話番号 _____ 勤務先の電話番号 _____
Date of birth Home Phone: Work Phone:

ソーシャルセキュアリティ番号 _____
Social Security Number

父親/保護者 _____ 住所(異なる場合) _____
Father/Guardian: Address (if different)

生年月日 _____ 自宅の電話番号 _____ 勤務先の電話番号 _____
Date of birth Home Phone: Work Phone:

ソーシャルセキュアリティ番号 _____
Social Security Number

ご自宅にメッセージを残しておいてもよろしいですか。
May we leave a message at your home:

同居人へ? はい いいえ
With other residents? Yes No

留守番電話へ? はい いいえ
On your answering machine/voice mail? Yes No

定期健診予約の確認として? はい いいえ
As a reminder of check-up appointments? Yes No

お子さんの健康状態についてどなたとお話してもよいですか。 _____
Who may we talk to about your child's medical concerns?

緊急時だけでしょうか。 はい いいえ 電話番号 _____
Is this contact for emergency purposes only? Yes No Phone Number:

健康保険の適用先 母親 父親 他 _____
Responsible party for insurance: Mother Father Other

勤務先 _____
Employer:

支払い先 母親 父親 他 _____
Responsible party for bills: Mother Father Other

患者のプライバシー通知を受領し、その通知に書かれているように当診療所(River's Edge)が健康状態についての情報(PHI)を使用できることに同意します。この通知はいつでも受領できるものと考えます。

I have received and read the patient's Privacy Notice and understood that my protected health information (PHI) may be used by River's Edge Pediatrics, Inc. as described in the notice. I understand that at any time I may receive a copy of this notice.

両親/保護者 署名 _____ 日付 _____
Parent/Guardian Signature Date

患者にかかる費用の適用についてコピーを受け取り、子どもにかかった費用の支払い義務があることに同意します。
I have been given a copy of the Patient Financial Policy and I have read and understand that I am financially responsible for the services rendered to my child.

両親/保護者 署名 _____ 日付 _____
Parent/Guardian Signature Date

OFFICE USE ONLY

___ RECEIVED A COPY OF CURRENT INSURANCE CARD ___ PARENT CONFIRMS INSURANCE

Information reviewed by Parent/Legal Guardian ___/06 ___/07 ___/08 ___/09 ___/10 ___/11 ___/12 ___/13 ___/14 ___/15

リバーズエッジ小児科医院、プライバシーに関する説明
River's Edge Pediatrics, Inc. Privacy Statement

お子さんの診療に関する個人情報がどのように使われ、開示されるか、どうすれば閲覧できるかを説明します。注意深くお読みください。

- I. これは CMS (Centers for Medicare and Medical Services) で決められている個人情報に関する説明です。患者のプライバシーをどう扱うかは、患者にとっても我々スタッフにとっても重要なことです。
- II. リバーズエッジ小児科医院は全ての個人記録の機密を保つ義務があります。患者の文書による合意なしで個人情報を他へ漏らすことはできません。診療中の会話、予約の確認の電話、テスト結果、その他の情報が含まれます。健康状態に関する患者の情報は PHI (Protected Health Information) として定義されます。

個人情報をどのように扱うかは、あなた、患者、または保護者が登録時あるいは再登録時に明確にしなければなりません。医療に関して誰と話をしても良いのか、どのようにメッセージを残してよいのか、どのように治療を続けるかなどが含まれます。これらの取り扱い方法は文書、口頭による報告でいつでも変えることができます。口頭による報告はいずれ文書で補完されるものとし、変更は報告を受領した日からとなります。

他に適用される事項：あなたが反対しない限り、家族、親しい友達、指定した人々にお子さんの個人情報を開示することができます。情報の開示に関してあなたが判断できない場合は、我々が専門知識に基づき判断して PHI を開示します。また家族や代表者、あるいはお子さんの住まい、一般的な生活状態や死亡について責任ある他の人々へ、PHI を開示することができます。最後に、災害に関する場合は PHI を権限のある公的または私的機関に、開示することがあります。

III. 使用および開示

お子さんの PHI は診断の一部とみなされます。次の事項は、PHI を検査、支払い、治療に際して合意なしで使用したり開示できるものとし、

- リバーズエッジ小児科医院、他の機関での治療に係わる検査、他の検査機関への照会、レントゲン、その他、お子さんの治療に必要な、テスト、検査。
- 保険の請求で必要な項目。これには必要な文書、治療経過、進行状況に関するノートなどが含まれます。認定したり請求する前の的確性を証明するものが含まれます。
- 保険、病院の権限を調整するための行為。これには政府、州の条例に呼応する行為があります。
- 予約確認のお知らせ。健康に関係した特典。これは登録時にあなたが同意したものです。
- 検診に関して関心のある家族、友達への開示。これは登録時に明記した人々のみに対してです。これはいつでも口頭および文書確認により変更できます。
- 緊急時の診察、検査には同意がなくてもできるものとし、緊急時と見なされるのは、専門の医者、機関により判断されるものです。

次に該当する項目はあなたの同意なしでも開示することがあります。

- 政府やしかるべき法律で要請された場合、銃で撃たれてけがをした場合、家庭内暴力など。

- 公共の健康の目的で使われる場合、伝染しやすい病気の報告、子どもの死亡についての報告。
- 法で決められている健康を監視する機関へ PHI を開示する場合があります。検査、監査、調査などが含まれます。監視される項目としては、健康の監視、政府の特典プログラム、他の管理プログラム、市民の人権に関する法律などがあります。
- FDA の管轄権限に従うケースの PHI の開示。もしその人が不利益な行為、食品の欠陥、生物的偏移、食物のトラッキング、リコール、修理、置き換えなどが必要な場合。
- 司法の権限により要求される場合の PHI の開示。裁判所の命令のもと、または召喚状、調査、または他の司法プロセスで必要とされる場合。
- リクエストが法的に有効である限り司法プロセスへの PHI の開示。(1)法的プロセスまたは法により必要とされる場合、(2)同定、場所の情報が限られていてどうしても必要な場合、(3)犯罪の被害者と思われる場合、(4)死亡が犯罪による可能性がある場合、(5)犯罪が当医院で起きた可能性のある場合、(6)医療が緊急事態で犯罪の可能性のある場合。
- 被害者の同定のため、死亡の原因追及、または法医、検死官が法的に必要な場合の PHI の開示。葬式を実施するにあたり法的に必要な場合は葬式の実施者への PHI の開示。死亡の判定が無理なく判断できる場合の情報。PHI が死体組織、移植目的に使用される場合。
- 研究目的に関連した情報。これらは個人に特定のデータではなく、年齢、性別、診断結果などの通常の情報です。
- 連邦政府、州の法律に準拠できる場合はお子さんの PHI を開示します。健康、安全、または公的に緊急な事故を避けたり、減少できると信じられる場合。
- 状況が相応しいものと判断できる場合は軍人の PHI を開示します。(1)軍隊の命令に必要とされる行為、(2)退役軍人の特典の決定、(3)もし外国の軍人の場合、国の安全、諜報目的の権限のある機関へお子さんの PHI を開示する場合があります。
- 雇用者の報酬の調査。
- 囚人であり、医者がお子さんの PHI を治療に使う場合。
- Department of Health and Human Services が法の遵守を調べるときには法の下、あなたに開示します。

IV. お子様の健康に関する情報を保護するためのあなたの権利

- あなたの権利は登録時、または診断期間中の使用、開示に限られます。
- 当医院への権利はお子さんの医療情報について、あなたへ伝達する方法に関してのみです。これら情報をあなたか適当なところ(有料の場合もある)へ秘密保持のもとに伝達することを意味します。
- 情報を見たり入手する権利。コピー代や郵送料を請求する場合があります。
- お子さんの PHI に関して、開示した人々のリストを入手する権利。
- 追加したり訂正してお子さんの情報を最新のものにしてもらう権利。当医院は情報が正確な場合、修正することを拒否する場合があります。これは他の人により作られたり、あなたには開示されていない事項などがあります。
- この説明のコピーを受け取る権利。

- V. 法律により、当医院はお子さんの個人的な医療情報を保存する義務があります。またこの説明のコピーを手渡す必要があります。当医院は個人の情報に関する説明を変更することがあります。変更箇所は当医院に請求することができます。変更はその説明が発行された日より有効になります。これら変更は当医院に貼り出します。

VI. もしお子さんに属する個人情報に漏洩したという疑問がある場合は当医院に相談してください。または下記の機関に訴えることもできます。その訴えに対し当医院が報復などの措置をとることはありません。

- プライバシー担当者に尋ねて必要事項を書き込んでください。
River's Edge Pediatrics, Inc.
Attn: Privacy Officer
100 N. High Street, Suite A
Dublin, Ohio 43017
(614)889-7772
- それでも満足がいけない場合は下記機関に訴えることもできます。
Office of Civil Rights
Regional Manager
Department of Health and Human Services
233 N. Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, Illinois 60601
(312)886-1807

またはあなたの地区の Medicare Part B Intermediary へお尋ねください。

GBA Palmetto
Part B Operations – HIPAA Compliance Concern
PO BOX 182957
Columbus, Ohio 43218

個人情報に関するこの説明文は、2002年12月1日より始めた案です。2004年11月4日に修正されました。
この説明文のコピーを当医院から受領しました。

親または保護者の受領サイン _____ 日付 _____
サインできません。理由 _____ 日付 _____
サインを拒否します。目撃者 _____ 日付 _____