

電子カルテその他診療情報の閲覧/持ち出し申請書

石巻赤十字病院 病院長 殿

私は、患者の診療情報を利用するにあたって、下記の事項を厳守することを誓約し、閲覧および提供を依頼します。

1. 患者の個人情報（プライバシー）の保護に留意します。
2. 申請した目的以外に使用しません。
3. 患者本人に無断で第三者に提供しません。
4. 安全管理に注意し、不当に漏洩・紛失しないように努めます。
5. 個人情報保護法に準じて取り扱います。

上記内容に同意のうえ、下記に署名をお願い致します。

申請日： 年 月 日

申請者氏名： _____ 印

申請者情報	
(病院名・学校等名)	(所属部署名)
_____	_____
(電話番号)	(電子メールアドレス)
_____	_____

申請内容（以下の目的で電子カルテその他の診療情報の閲覧・持ち出しを申請しますので、許可願います）	
利用目的	<input type="checkbox"/> 資格申請 <input type="checkbox"/> 学会 <input type="checkbox"/> 論文 <input type="checkbox"/> 研究 <input type="checkbox"/> その他（ ）
提出先	※資格名称、第〇回△△学会・研究会などの名称、その他データの提出・送付先名

閲覧内容（資格申請の場合はその資料を必ず添付してください）	
入外区分	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来・入院
検索・閲覧期間	年 月 日 ～ 年 月 日
その他	

※診療情報の持ち出し希望の場合は下記をご記入ください

- ・ 診療情報は貸出となるため、使用后必ず返却をお願いします
- ・ 提出先から依頼があり添付する必要がある場合は、その根拠となる資料を添付して下さい

持ち出し内容	<input type="checkbox"/> 閲覧内容と同じ
--------	----------------------------------

閲覧希望日時	
対応可能日時は原則次の通りです。 平日の月曜日～金曜日 8：30～17：00	
第1希望	第2希望
年 月 日（ ）	年 月 日（ ）
: ~ :	: ~ :

お問い合わせ
経営企画課 診療情報管理係 電話：0225-21-7220(内線：1034、1035) FAX：0225-96-0122 受付時間：平日の月曜日～金曜日 8：30～17：00