

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 | |