

診療情報等の写し兼データ抽出申請書

赤穂市民病院
 病院長 宛

年 月 日

申請者氏名 _____

診療情報等の写し兼データ抽出申請書を提出しますので、許可願います。

別添の診療情報等閲覧申請書の個人情報等の取扱いを承諾し、持ち出す個人が特定できる情報は消去のうえ、自己の責任において適正に管理するとともに、保有する理由がなくなった場合には、全ての情報を消去又は返却いたします。

持ち出し内容	<利用目的・対象期間等>
	<持ち出しの範囲> <input type="checkbox"/> 退院時要約（退院時サマリ） <input type="checkbox"/> 手術記録 <input type="checkbox"/> データの抽出（患者ID： _____）※患者名は絶対に記載しないでください。 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
データの授受方法	<input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> 紙媒体
情報利用後の管理	<input type="checkbox"/> 返却 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 匿名化して保有（保有の目的・保有状況を下欄に記載してください。）
保有の目的 保有状況	<保有の目的>
	<保有状況（どのような情報を、どのような状態で保有しますか。）>