

診療情報等閲覧申請書

赤穂市民病院
 病院長 宛

年 月 日

申請者氏名 _____

現所属（病院名等） _____

電話番号 _____

電子メールアドレス _____

以下の目的で診療情報の閲覧を申請しますので、許可願います。

赤穂市民病院での所属 (診療科名)	
利用目的 ※資格取得の場合はその資料を添付してください。	<input type="checkbox"/> 資格取得 <input type="checkbox"/> 学会発表 (<input type="checkbox"/> 症例報告 <input type="checkbox"/> それ以外) <input type="checkbox"/> 論文 (<input type="checkbox"/> 症例報告 <input type="checkbox"/> それ以外) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
	<利用にかかる情報の提供先> ※資格名称、第○回△△学会・研究会、投稿先雑誌名 or 論文タイトル、その他データ提出先・送付先名
閲覧内容	<対象期間・対象内容・閲覧の範囲> ※患者氏名は絶対に記載しないでください。
写しの希望	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (様式第2号を提出してください)
データ抽出の希望	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (様式第2号を提出してください)
閲覧希望日時	_____ 年 _____ 月 _____ 日 () 時刻: <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 _____ 時 _____ 分から _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 時刻: <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 _____ 時 _____ 分まで

<個人情報等の取扱いに関する宣言> (下記4点にチェックを記入)

- 個人情報の保護に関する法律並びに赤穂市個人情報保護法施行条例に基づき、赤穂市民病院の指示に従い、情報の取扱方法を厳守し、個人情報等の保護を徹底して行います。
- 個人情報等について、不正に使用し又は第三者に漏洩することは絶対にしません。また、第三者に個人情報等が漏洩するおそれのある全ての行為を行いません。
- 上記各項の誓約に違反し、個人情報等が第三者に漏洩した結果、赤穂市民病院が被った被害について、賠償等の全ての責任を負います。
- 個人情報等の盗難、紛失、漏洩等の事故が生じ又は生じるおそれがあることを知った場合は、速やかに報告します。

-----医療課医事サービス係処理欄-----

受付日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (メール、FAX、郵送)

備考: (_____)

審議: 許可 下記理由で条件付き許可 下記理由により不許可

理由: (_____)

担当者	係長	医療課長