様式第２号

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。

|  |  |
| --- | --- |
| 持ち出し内容 | ＜利用目的・対象期間等＞ |
| ＜持ち出しの範囲＞[ ] 退院時要約（退院時サマリ）　□手術記録□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。[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| データの授受方法 | [ ] ＵＳＢ　[ ] 紙媒体 |
| 情報利用後の管理 | [ ] 返却　　[ ] 消去[ ] 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。）＞ |

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。