

3) 個人情報の取扱いに関して

患者さんの個人情報保護の確約

私は診療情報等閲覧に当たり、守秘義務の原則に従い本人の承諾のない限り知り得た情報について、他人に漏らさないことを誓います。

署名 _____

個人情報等の取扱いに関する宣言(※下記宣言にレ点でチェック)

- 個人情報保護に関する法令にのっとり、啜生会脳神経外科病院の指示等に従い、情報の取扱い方法を厳守し、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えい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えいするおそれのある全ての行為をしません。
- 上記各項の誓約に違反し、個人情報等が第三者に漏えいした結果、啜生会脳神経外科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、漏えい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。

-----中央病歴管理室処理欄-----

受付日: 年 月 日 (メール 郵送 FAX)

受付者:

閲覧項目: 電子カルテ 紙カルテ (入院: 名、外来: 名) その他()

備考:

審議: 許可 下記理由にて条件付き許可 下記理由にて不許可

理由:

承認日: 年 月 日

科部長

決裁日: 年 月 日

病院長