【退職者】診療情報等の閲覧申請書

1)申請者								
(現所属)			(氏名)					
(住所)〒 -			(電話番号)					
(申請理由)								
2) 閲覧対象 (希望患者が氏	名等で特定でき	る場合)						
<患者氏名・患者 ID 等>								
 <上記以外にも閲覧希望の診療	を情報等がある場合	} >						
	のリストを添付して							
<閲覧希望の診療情報等の範	期>							
 ※患者を氏名等で特定できない	ハ場合、閲覧希望範	囲を記入し	てください。					
例) 2012 年~2013 年に入り	院した○○科の患者	皆の診療録・	放射線画像	·検査結果 等				
<提供を希望する情報>								
 1.診療情報 2.画像情報	3. その他()				
ノヴムダの込むら次均取復 団。	上づま ねば畑 吹 いも	几行又占什	· . 1					
<学会等の論文や資格取得理由であれば概略と投稿予定先など>								
∠担供ナ け、								
<提供方法> Ⅰ.閲覧 ※コピー不可								
「関発								
9 9 1 4 切	年	月	日	時 から	時 まで			
第2希望	年	月	日	時 から	時 まで			
※私は、上記の通り、診療情報の提供を希望します								

3)	個	人情	報の	取技	及い	1.	盟	.7
J,	11121	/	74 V .	/ HA 1/	X V	· -	* 1	

患	者さ	4.0	個人	、情報	保護	の確約
100	· • •	,,,,		VIE TIX	IN DE	マノレ圧小コ

		疹情報等閲 誓います。	覧に当	たり、守秘	義務の原則に	従い本人の表	承諾のない	限り知り得た	:情報につい	て、他人に漏らされ	いば
				署名							
個人	、作	情報等の取扱	いに関	する宣言(シ	※下記宣言に	レ点でチェッ	ク)				
		固人情報保護 情報等の保護				≷脳神経外科	病院の指	示等に従い、	情報の取扱い	い方法を厳守し、イ	固人
	個		ついて	、不正に使	用し又は第三	者に漏えいす	ることは糸	色対にしません	し。また、第三	者に個人情報等	が漏
		上記各項の誓 倍償等の全て				者に漏えい	した結果、ほ	畷生会脳神絲	圣外科病院 が	で被った被害につい	いて、
	個	固人情報等の)盗難、約	紛失、漏えい	*等の事故が	生じ又は生じ	るおそれか	バあることを知	った場合は、	、速やかに報告し	ます。
		. 山	理 安 加	珊႕———							
受(寸	日:			(□メール □						
受 f 閲覧 備	項		ルテ	□紙カルラ	-(入院:	名、外来:	名)	□その他()
審理		議:□許可 由:	口下	記理由にて	′条件付き許可	」 □下記理	由にて不	許可			
_											
承言	認	日:	年	月	日						
		科部長									
) 	比		Æ		n	_					
決	ΣX	п •	年	月	日						
病 『	完	長									