

# 診療情報等の写し持出申請書

啜生会脳神経外科病院 病院長 殿

年 月 日

## 1) 申請者

(所属)	(氏名)	印
------	------	---

## 2) 申請内容

診療情報等の写しの持ち出しを申請しますので、許可願います。利用目的等については、別添診療情報等閲覧申請書のとおりです。診療情報等の写しは、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	<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"/> その他( )
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。)>