

## 診療情報閲覧申請書

いわき市医療センター院長 殿

(西暦) 20〇〇 年 〇月 〇日

申請者氏名 〇〇 〇〇

現所属(医療機関等) 〇〇〇〇病院

所属名 〇〇〇科

電話番号(携帯) 〇〇〇-△△△△-××××

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。

いわき市医療センターでの所属(診療科名)	〇〇〇科
利用目的	<input checked="" 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出先>  〇〇学会 △△専門医資格取得  ※資格名称、第〇会△△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・送付先名など
閲覧内容	<対象期間・対象内容・閲覧の範囲> 在職中に〇〇を行った 〇年〇月〇日～〇年〇月〇日に退院した患者の 診療情報△△件  ※患者氏名は絶対記入しないこと
診療情報等の持ち出し希望	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(“有”の場合「様式2」も記入すること)
閲覧希望日	〇年 〇月 〇日(△) : <input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 〇時 △分から
※原則平日のみ	〇年 〇月 〇日(△) : <input type="checkbox"/> 午前 <input checked="" type="checkbox"/> 午後 〇時 △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(平成15年法律第57号)並びにいわき市個人情報の保護に関する法律施行条例にのっとり、いわき市医療センターの指示等に従い、情報の取扱方法を遵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、第三者に個人情報が漏えいする恐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えいした結果、いわき市医療センターが被った被害について、賠償金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恐れがあった場合は、速やかに報告します。