診療情報等の写し持出申請書

宮崎市郡医師会病院　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＞  退院時要約（退院時サマリ）　　手術記録  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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。）＞ |