【退職医師等】診療情報等の閲覧申請書

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 |
| （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情報等がある場合＞  上記を除く　　　　　　名（希望患者のリストを添付してください） |
| ＜閲覧希望の診療情報等の範囲＞  ※患者を氏名等で特定できない場合、閲覧希望範囲を記入してください。  　例）2012年～2013年に入院した○○科の患者の診療録・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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ＜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＞ |
| ＜提供方法＞  １．閲覧　※コピー不可 |
| ＜閲覧・提供希望日（申請日より2週間以降の診療時間内）を記載ください＞　例）2021/03/01-2021/03/02  ※私は、上記の通り、診療情報の提供を希望します |

### 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

#### 個人情報等の取扱いに関する宣言

* 個人情報保護に関する法令並びに患者さんの個人情報の保護に関する院内規則にのっとり、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、宮崎市郡医師会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。

-----病歴管理係処理欄-------------------------------------------------------------------------------------------------------

受付日：　　　　年　　月　　日（□メール、□郵送）　　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：