

退職者の診療情報閲覧許可願い

市立伊丹病院
病院長殿

年 月 日

申請者氏名 _____

現所属 _____

連絡先 _____

貴院の診療情報の管理に関する規定に基づき、紙および電子カルテシステムに保管されている診療情報を閲覧させて頂きたくお願い申し上げます。また、本申請および閲覧は貴院の「市立伊丹病院診療情報管理要綱」に従って行い、厳守すべき事柄として、下記のとおり宣言いたします。閲覧を希望する診療情報は、下記の通りです。

- 閲覧を希望する症例担当時の所属診療科 _____科
- 閲覧の目的 (_____)
- 閲覧を希望する情報
 - 電子カルテ 退院サマリ
 - その他 (_____)
- 申請先の学会／収集する情報の発表または投稿先
 - 認定 学会名： _____
認定名： _____
 - 発表 (_____)
 - その他 (_____)
 - なし

利用者の厳守事項についての宣言 (2点にチェックを記入)

- 患者等の個人情報、個人情報保護法に準じて取扱い、貴院外に持ち出さない。
- 持ち出す情報は、必ず、貴院電子カルテシステム端末内で、患者番号、氏名、生年月日、住所、電話番号、その他にも組み合わせることで個人の特定に至る可能性のある情報を抹消し、申請者においては連結不可能な匿名化を施す。さらに貴院に持ち出す情報の把握を依頼する。

----- 以下、許可者記載欄 -----

上記申請者の診療情報の閲覧を

- 許可する。
- 許可しない 市立伊丹病院病院長

自署 _____