

診療情報の閲覧許可願

宮崎県立宮崎病院長 殿

西暦 年 月 日
申請者氏名（自署） _____
現 所 属 _____
※申請日時点での主たる所属
連 絡 先 _____
※日中に連絡がとれる連絡先

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「退職者および第三者による診療情報閲覧申請の手引」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、閲覧希望票の通りです。

- 閲覧を希望する症例担当時の所属診療科 _____ 科
- 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	（ ☐ にチェックを記入）
-----------------	--------------------------------------

- ☐ 当該申請による閲覧の為に借り受けたＩＣカードは、貴院外に持ち出さない。
- ☐ 患者等の個人情報、貴院の個人情報管理規程に従い、貴院外に持ち出さない。
- ☐ 閲覧の際は、貴院のルールを遵守いたします。
- ☐ 当該申請による閲覧の際は、閲覧時間及び指定された場所にて貴院の規程を遵守いたします。
- ☐ 不正が確認された場合は、次回からの申請は出来ないことに同意いたします。