

診療情報の閲覧許可願

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪急性期・総合医療センター
総長殿

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

貴センター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センターの「退職者等の診療情報閲覧申請要項」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

(3点にチェックを記入)

- 当該申請による閲覧の為に借り受けたICカードは、貴センター外に持ち出さない。
- 患者等の個人情報、個人情報保護法に準じて取扱い、貴センター外に持ち出さない。
- 持ち出す情報は、必ず、貴センターの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。さらに貴センターの診療情報管理室に持ち出す情報の把握を依頼する。

----- 以下、許可者記載欄 -----

上記の申請者の、診療情報の閲覧を許可する。 大阪急性期・総合医療センター

総長 ・ 病院長 ・ 副院長

(自署) _____