

診療情報の閲覧申請

申請日：(西暦) 年 月 日

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

申請者氏名 (自署) _____

会社名 _____

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、モニタリング、監査等を実施するため、紙及び電子カルテシステムの利用をさせていただきたく申請いたします。また、閲覧にあたっては貴センターの「診療情報閲覧申請の手引き」に従って行い、次の事項について遵守することを誓約いたします。

誓約事項

- 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しません。
- 患者等の個人情報、個人情報の保護に関する法律及びその他関連する法令に基づき、第三者への開示、漏洩又は譲渡しません。
- モニタリング及び監査以外の目的で、閲覧情報を利用しません。
- 閲覧時に与えられたアクセス権限（閲覧のみ）を超えた操作は行いません。
- 閲覧対象患者の情報画面の撮影、外部媒体による記録保存及び、紙媒体による印刷はしません。
- 閲覧対象者以外の患者情報にはアクセスしません。

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 利用停止		
申請目的	<input type="checkbox"/> モニタリング <input type="checkbox"/> 監査 <input type="checkbox"/> 実地調査		
フリガナ			
閲覧者名			
利用開始日	(西暦) 年 月 日	利用停止日	(西暦) 年 月 日

※目的が監査、実地調査の場合は利用開始日と利用停止日をご記入ください。

※登録者がモニタリングを実施する必要がなくなった場合は利用停止日をご記入の上、提出してください。なお、その際「誓約事項」へのチェックは不要です。

※不正行為が認められた場合は即刻利用を禁止し、再登録はできません。