診療情報利用申請書兼決定通知書

　　　　年　　　　月　　　　日

知多半島総合医療センター　病院長　殿

申請者　　所属

　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職名

　　　　　　　 氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

次のとおり、貴院で作成された診療情報の利用を申請します。なお、資料の利用にあたっては下記情報利用者の責務を遵守します。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用目的 | [ ] 研究・発表　[ ] 資格申請　[ ] その他（　　　 　　　　　　　　　　） |
| 利用方法 | [ ] 閲覧　　　　　[ ] 持ち出し |
| 利用を希望する診療情報の詳細 | 診療録等の区分：[ ] カルテ　　[ ] 画像データ　　　　　　　　 [ ] その他（　　　　 　　　　　　　　　　　　） |
| 詳細内容 |
| 当院の勤務歴 | [ ] あり[ ] なし（当院紹介者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

情報利用者の責務（7点にレ点チェック）

[ ] 申請書に記載した目的、方法以外に情報を利用しないこと。

[ ] 調査結果のいかなる発表であっても取り扱った患者個人が識別できないようにすること。

[ ] 開示情報から得た患者個人の情報を漏らさないこと。

[ ] 情報の保管、機密保持のために最大限の努力をすること。

[ ] 研究のために必要であると承認された場合を除き、この研究目的で、患者または家族と接触しないこと。

[ ] 診療情報が不要になったときは、速やかに裁断、焼却等により廃棄すること。

[ ] 利用時に診療記録の修正、削除等を行わないこと。

【事務局記入欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 承認 | [ ] 許可　　[ ] 不許可 | 承認日 | 年　　　月　　　　日 |
| 承認者 | 院長 | 文書番号 |  |
| 不許可の理由 |  |
| 本人確認書類 | [ ] 運転免許証　[ ] 健康保険証　[ ] 旅券　[ ] その他（　　　　　　　　） |
| 受付担当者 |  |