患者情報等利用申請書

年　月　日

JCHO群馬中央病院　院長 殿

申請者氏名：　　　　　　　　　　　　印

所属：（身分証明書のコピーを添付）

連絡先：

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：

上記のとおり患者に関する診療情報等の利用を受けたいので、申請します。なお、提供をうけた情報の取扱については、法令その他、貴院の規則に従い、適切に行うことを約束します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 目的 |  |
| 対象患者 | （　　　　　　） |
| 利用情報の種類 | □電子カルテ情報　　　　　□紙カルテ情報　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用情報の内容 | 　　年　　　月　　　日～　　　　　年　　　月　　　日までの情報 |
| 利用方法 | □院内でのみ閲覧□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 個人情報管理 | □匿名化　　　□非匿名化→理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 媒体の種類 | □電磁的記録媒体（　　　　　）　□書面　□その他（　　　　　） |
| 移送手段 | □携行　□メール添付　□郵送　□その他（　　　　　　　） |
| 利用後の処理 | □提供元へ返却→持出期間（　　　　　　　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

----------------------------------------以下JCHO群馬中央病院記載-----------------------------------------

平成　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　殿

上記記載の利用等の範囲内において情報の利用を許可する

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　JCHO群馬中央病院

院長　　内藤　浩　　印