

診療情報等の写し・データ持出し申請書

令和 年 月 日

公立藤田総合病院長 宛

(ふりがな)

氏 名

現所属(病院名等)

〒
現住所

メールアドレス

診療情報等の写し・データ持出し申請書を提出しますので、許可願います。

別添の診療情報閲覧等申請書の個人情報等の取扱いを承諾し、自己の責任において適切に管理するとともに、保有する理由がなくなった場合には、全ての情報を消去又は返却いたします。

| | |
|---------------|---|
| 持出し内容 | <利用目的・対象期間等> |
| | <持出しの範囲> <input type="checkbox"/> 退院時要約(退院時サマリ) <input type="checkbox"/> 手術記録 <input type="checkbox"/> データの持出し (患者氏名) <input type="checkbox"/> その他 () |
| データの授受方法 | <input type="checkbox"/> USBメモリ <input type="checkbox"/> 紙媒体 <input type="checkbox"/> ファイル転送 |
| 情報利用後の管理 | <input type="checkbox"/> 返却 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 匿名化して保有 (保有の目的・保有状況を下欄に記載してください) |
| 保有の目的 保有状況 | <保有の目的> |
| | <保有状況(どのような情報を、どのような状態で保有しますか)> |