

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)>