

診療情報の持ち出し申請書

いわき市医療センター院長 殿

(西曆) 2000 年 〇月 〇日

申請者氏名 ○○ ○○

現所属（医療機関等） ○○○○病院

所属名 ○○○科

診療情報の持ち出しを申請いたしますので許可願います。持ち出す診療情報は、個人が特定できる情報を消去のうえ、自分の自己責任において適正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、全ての情報を消去または返却いたします。

①いわき市医療センター での所属（診療科）	
②利用目的	☐ 資格取得 ☐ 学会発表（ ☐ 症例報告 ☐ それ以外） ☐ 論文（ ☐ 症例報告 ☐ それ以外） ☐ その他（ ）
③持ち出し内容	<対象期間等> 在職中に〇〇を行った 20〇〇年〇月〇日～20〇〇年〇月〇日までの20症例 <持ち出し内容> ☒退院時要約 ☐手術記録 ☐その他 （ ） <希望の媒体> ☒電子媒体 ☐紙媒体
④情報利用後の管理	☐ 返却 ☒ 消去 ☐ 保有 （保有する場合は、その目的・保有状況を <u>下欄⑤に記入してください</u> ）
⑤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に保存するか）