様式第２号

記　入　例

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

（西暦）　20〇〇　年　〇月　〇日

申請者氏名　〇〇　〇〇

現所属（医療機関等）〇〇〇〇病院

所属名　〇〇〇科

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。

<table>
<tr><td>①いわき市医療センターでの所属（診療科）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>②利用目的</td><td colspan="2">☐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（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">③持ち出し内容</td><td colspan="2">＜対象期間等＞
在職中に〇〇を行った
2019年〇月〇日～2020年〇月〇日までの20症例</td></tr>
<tr><td>＜持ち出し内容＞
☑退院時要約　　☐手術記録
☐その他
（　　）</td><td>＜希望の媒体＞
☑電子媒体
☐紙媒体</td></tr>
<tr><td>④情報利用後の管理</td><td colspan="2">☐返却　☑消去　☐保有
（保有する場合は、その目的・保有状況を下欄⑤に記入してください）</td></tr>
<tr><td>⑤保有の目的・保有状況</td><td colspan="2">＜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）</td></tr>
</table>

※電子媒体による持ち出しを希望した場合のみ当センターよりＵＳＢメモリを貸与します。
※貸与したＵＳＢメモリは持ち帰れないため、申請者がデータ移動する端末をご準備くださるようお願いいたします。

いわき市医療センター　医療情報管理部　診療情報管理室