

診療情報の持ち出し申請書

いわき市医療センター院長 様

(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）	○○○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○○を行った 20○○年○月○日～20○○年○月○日までの△△件	
	＜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）	