

院長	診療記録 委員長	診療情報 管理室長	診療情報 管理係長	診療情報 管理士

診療情報等閲覧許可申請書(退職者)

下記につき貴院の診療情報を利用したいので、承認くださるようお願い申し上げます。なお、利用にあたっては患者さまのプライバシーを守り、個人情報の漏洩に十分注意し、下記以外に利用することがないことをまた貴院外に持ち出さないことを誓います。

記

年 月 日

申請者氏名

連絡先

閲覧日

閲覧対象患者ID・氏名

閲覧対象物

(※申請者の方は当院代理人を必ず立ててください)

院内代理責任者

所属

連絡先

利用目的(以下より○をつけてください)

- 一 医学教育、医学研究、症例検討会、治験におけるデータ収集の資料としての利用
- 二 各種専門医等申請のため
- 三 その他()

閲覧場所 診療情報管理室(9:00~17:00 土日祝日不可)

以下記載不要

年 月 日

上記申請を 許可・不可 とします。

国立病院機構小倉医療センター
院長 吉里 俊幸

院長	診療記録 委員長	診療情報 管理室長	診療情報 管理係長	診療情報 管理士

診療情報等利用(データ持ち出し)許可申請書(退職者)

下記につき貴院の診療情報を利用したいので、診療情報抽出、持ち出しを申請しますので承認くださるようお願い申し上げます。

尚、利用にあたっては患者さまのプライバシーを守り、個人情報の漏洩に十分注意し、下記以外に利用することができないことを誓います。

記

年 月 日

申請者氏名

連絡先

閲覧日

閲覧対象患者ID・氏名

閲覧対象物

(※申請者の方は当院代理人を必ず立ててください)

院内代理責任者

所属

連絡先

利用目的(以下より○をつけてください)

一 各種専門医等申請のため

二 その他()

データ授受方法 1. USB(持参) 2. DVD-R 3. 紙媒体

受け取り方法: 来院・郵送(宛先名)

※1患者につき1,000円(税抜き)の手数料が掛かります。

※申請より2週間程度お時間をいただきます

※患者個人情報は診療情報管理室が規定するすべてを消去(マスキング)させていただきます。

(例:個人情報とは患者ID、氏名、生年月日、住所 等)

~~~~~ 以下記載不要 ~~~~

年 月 日

上記申請を 許可・不可 とします。

国立病院機構小倉医療センター  
院長 吉里 俊幸