

# 電子カルテその他医療情報の閲覧 データ持ち出し申請書(退職者用)

社会医療法人石川記念会HITO病院  
病院長 殿

病院名・学校名等 \_\_\_\_\_  
 所属部署名 \_\_\_\_\_  
 申請者氏名 \_\_\_\_\_ (自署)  
 電話番号 \_\_\_\_\_  
 電子メールアドレス \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

以下の目的で電子カルテその他医療情報の閲覧・データの持ち出しを申請しますので、許可願います。

申請日	
-----	--

当院での所属・科部署	
------------	--

利用目的	<input type="checkbox"/> 資格申請 <input type="checkbox"/> 学会発表 ( <input type="checkbox"/> 症例報告 <input type="checkbox"/> それ以外 ) <input type="checkbox"/> 論文 ( <input type="checkbox"/> 症例報告 <input type="checkbox"/> それ以外 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
提出先	資格名称、第〇回△△学会・研究会、投稿先雑誌名 or 論文タイトル、その他データの提出・送付先名

閲覧内容 <small>※資格申請の場合はその資料を添付してください</small>	<input type="checkbox"/> 別紙参照 <対象患者・期間>
	<閲覧項目> <input type="checkbox"/> 電子カルテ <input type="checkbox"/> 放射線画像、心電図(PACS) <input type="checkbox"/> Documaker、C-scan <input type="checkbox"/> その他紙保存文書類

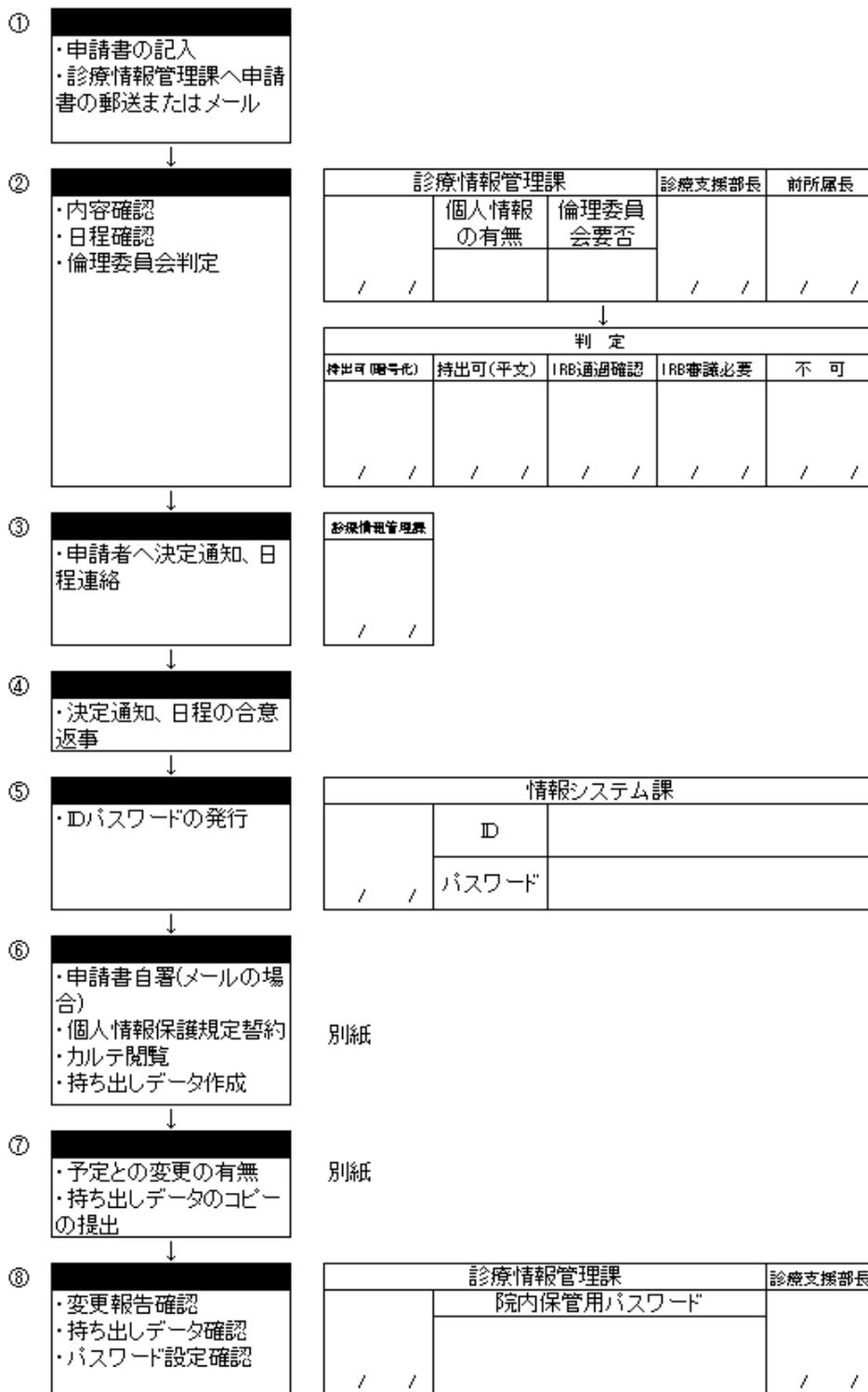
データの持ち出し <small>※資格申請の場合はその資料を添付してください</small>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> 閲覧内容と同じ ) <対象患者・期間> ※有の場合は持ち出し内容をご記入ください
---	--

データの持ち出し方法	<input type="checkbox"/> USB(持参)	個人情報有無
	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> DVD-R <input type="checkbox"/> 紙媒体(印刷物等)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	<input type="checkbox"/> メール	@ _____

希望作業日時	第1希望	第2希望
	年 月 日( ) : ~ :	年 月 日( ) : ~ :

※申請日から2週間以降を目安としてください  
 対応可能日時: 月~金 9:00~16:00、第1・3・5 土 9:00~11:00  
 作業場所(指定): 3階 診療情報管理課

# 申請手順



※内容の精査に時間を要するデータであった場合、後日のデータのお渡しになることがありますのでご了承ください。

## 本申請書に関して

### 【目的】

退職者が在職時に関わり、院内で作成された電子データの閲覧、院外持ち出しを管理し、電子情報の漏洩防止を図る事を目的としています。

### 【対象】

閲覧は必要最低限とし、持ち出しデータは原則閲覧時に作成されたデータが対象物となります。

### ※注) 個人情報

個人情報とは、個人が特定されるもの、又は推測されるもの

(例:患者ID、氏名、生年月日、入退院日等で、単一項目では分からなくても、組み合わせれば容易に個人特定できるものを含む)