

受付番号 \_\_\_\_\_

# 電子カルテ診療データ抽出申請書(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	_____ 印刷してご記入ください 白署
住所	〒 _____
電話番号	_____
FAX番号	_____
電子メールアドレス	_____ @ _____

以下の目的で電子カルテからの診療情報抽出、電子データの持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	_____
------------	-------

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

抽出項目	※詳細な抽出定義、又は申請項目の分かる文書を添付願います。
------	-------------------------------

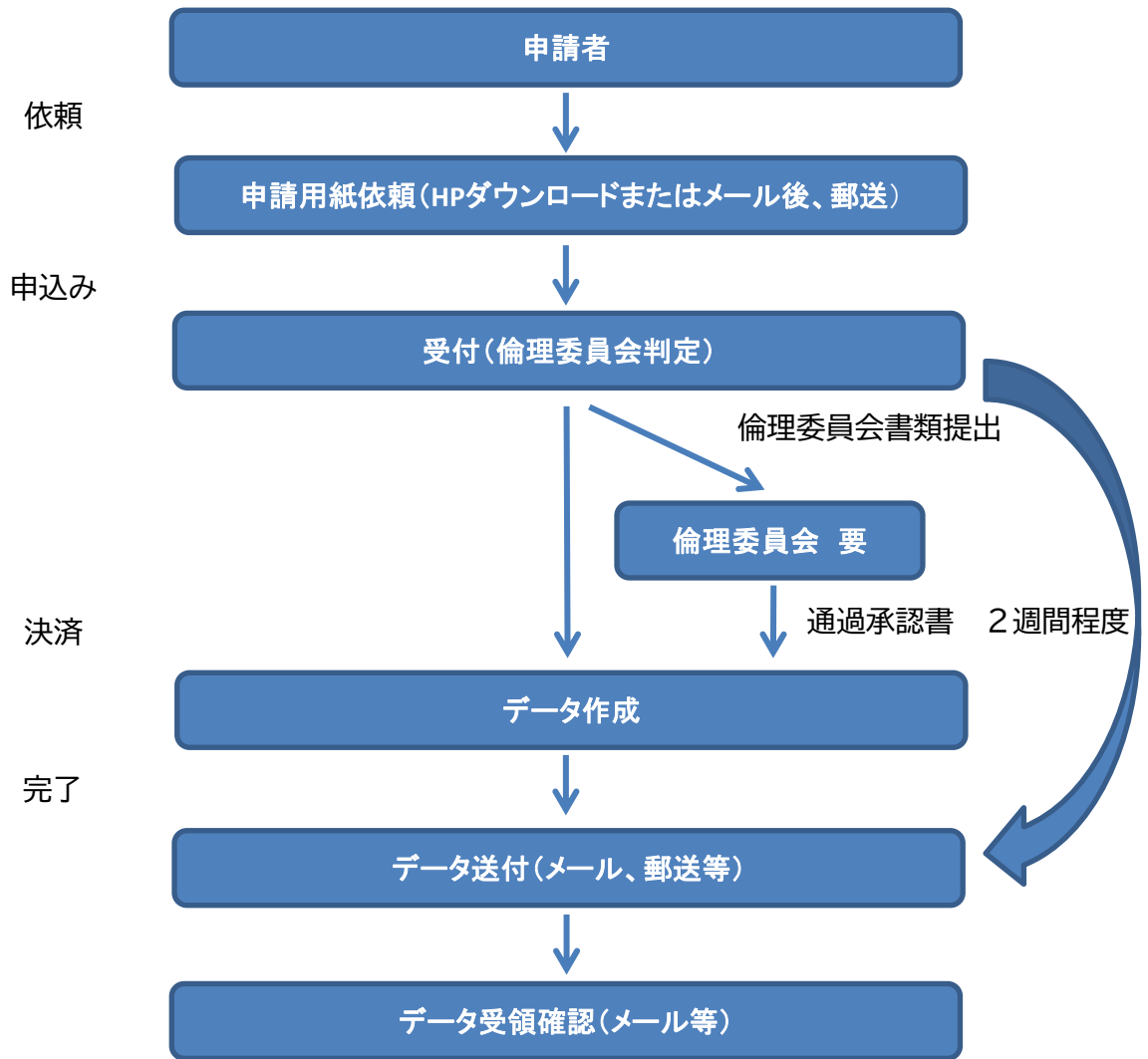
データの授受方法	<input type="checkbox"/> USB(持参) ※持参または送付してください	個人情報有無
	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> DVD-R <input type="checkbox"/> 紙媒体(印刷物等)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	<input type="checkbox"/> メール _____ @ _____	

備考	_____
----	-------

対応希望時期	_____ 年 _____ 月 _____ 日迄
--------	--------------------------

※申請完了より2週間程度お時間をいただきます。  
2019/04/01 ver.2 診療情報管理課

# 申請手順



※診療情報管理室時間内にて依頼をお願いいたします。

## 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】

原則、院内で作成され匿名化処理を施した電子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)

作業受付		決済欄		
診療支援部長	診療情報管理課	管理部門長	診療支援部長	診療情報管理課
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

↓ ※基本的に倫理委員会は不要 (個人情報の多い場合は要)

判定				
持出可(暗号化)	持出可(平文)	IRB通過確認	IRB審議必要	不可
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

↓

作業完了確認			受領確認
診療情報管理課	診療支援部長	管理部門長	申請者 (代行)
/ /	/ /	/ /	/ /

パスワード