

## 診療記録等の閲覧申請書（退職者用）

石川県済生会金沢病院長 殿

年 月 日

申請者	氏名 (自署)		
	所属		
	住所	〒	
	電話番号		
	申請理由	(学会等の論文であれば、概略と投稿予定先など)	
閲覧希望患者	患者番号		
	ふりがな 患者氏名		
	生年月日	T・S・H・R	年 月 日生
閲覧希望患者が 複数の場合	合計 名 (別紙のとおり) ※患者氏名、生年月日等、閲覧する患者が分かるものを添付して下さい。		
閲覧希望患者の氏名 等が不明な場合	※〇〇年度に主治医を担当した患者等		
閲覧を希望する 記録	<input type="checkbox"/> 電子カルテ (期間の記入不要)		
	<input type="checkbox"/> 紙カルテ ( <input type="checkbox"/> 外来・ <input type="checkbox"/> 入院)	期 間	
	<input type="checkbox"/> ファイルム		
閲覧希望日時	月 日 時 分～ 時 分頃 ※平日 8時30分～17時00分の間をお願いいたします。		
写しが必要な 場合	<input type="checkbox"/> 紙媒体 <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> その他 ( )		

私は、個人情報保護法、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」および貴院の諸規定を順守し、閲覧した情報を申請理由以外の目的で使用しないことをお約束します。

また、写しが必要となった場合は適切に管理し、第三者への提供をしないこと、申請理由の使用が終了した時点で破棄又は消去することをお約束します。