

診療情報閲覧依頼票

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪母子医療センター

病院長 殿

西暦 年 月 日

申請者氏名 (自署) _____

申請者所属 _____
※申請日時点での主たる所属

申請者連絡先 _____
※日中に連絡がとれる連絡先

院内対応者氏名 _____

院内対応者所属 _____

閲覧希望日 年 月 日
※複数日閲覧を希望される場合はご相談ください。

貴センターの「診療録および診療情報の運用管理規程」に基づき、以下の使用目的で紙および電子カルテシステムに保管されている診療情報を閲覧させて頂きたくお願い申し上げます。

【使用目的】

倫理委員会承認の研究 倫理委員会承認番号 _____
※2009年9月以前の診療情報の閲覧を希望しない場合は、『診療情報の閲覧希望票 (様式 2-2)』の記入は不要です。

認定・専門医申請 学会名 _____
認定名 _____
※2009年9月以前の診療情報の閲覧を希望しない場合は、『診療情報の閲覧希望票 (様式 2-2)』の記入は不要です。

その他 具体的に _____

----- 以下、許可者記載欄 -----

上記の申請者の、診療情報の閲覧を許可する。

大阪母子医療センター 病院長

(署名) _____

診療情報の閲覧希望票

閲覧を希望する診療情報は、以下のとおりです。

No.	患者 ID	患者氏名	外来 / 入院
1			外来 / 入院 (入院日 年 月 日)
2			外来 / 入院 (入院日 年 月 日)
3			外来 / 入院 (入院日 年 月 日)
4			外来 / 入院 (入院日 年 月 日)
5			外来 / 入院 (入院日 年 月 日)
6			外来 / 入院 (入院日 年 月 日)
7			外来 / 入院 (入院日 年 月 日)
8			外来 / 入院 (入院日 年 月 日)
9			外来 / 入院 (入院日 年 月 日)
10			外来 / 入院 (入院日 年 月 日)
11			外来 / 入院 (入院日 年 月 日)
12			外来 / 入院 (入院日 年 月 日)
13			外来 / 入院 (入院日 年 月 日)
14			外来 / 入院 (入院日 年 月 日)
15			外来 / 入院 (入院日 年 月 日)
16			外来 / 入院 (入院日 年 月 日)
17			外来 / 入院 (入院日 年 月 日)
18			外来 / 入院 (入院日 年 月 日)
19			外来 / 入院 (入院日 年 月 日)
20			外来 / 入院 (入院日 年 月 日)

※『外来/入院』の項目は、紙媒体の診療録の閲覧を希望される場合にご記入ください。

希望する方に○を付けてください。入院の場合は入院日もご記入ください。

診療情報閲覧に係る誓約書

地方独立行政法人大阪府立病院機構

大阪母子医療センター

病院長 殿

西暦 年 月 日

申請者氏名 (自署)

申請者所属 _____

※申請日時点での主たる所属

申請者連絡先 _____

※日中に連絡がとれる連絡先

紙および電子カルテシステムに保管されている診療情報の閲覧にあたり、私は以下の事項を遵守することを誓約します。

(以下の項目について、□にチェックを入れてください。)

- 発行されたID・パスワード（以下「ID・パスワード」という。）を利用して閲覧を行います。
- ID・パスワードは、第三者に使用させません。
- 閲覧対象患者以外の、患者情報等は閲覧しません。
- 与えられたアクセス権限を越えた操作は行いません。
- 申請した目的以外に、患者情報を利用しません。
- 個人情報の保護に関する法律及びその他関連する法令に基づき、第三者への開示、漏洩又は譲渡はしません。
- 閲覧対象患者のプライバシーは侵害しません。
- 閲覧対象患者の情報を外部媒体に記録する場合は、個人を特定できないよう加工します。
- 閲覧対象患者の情報を紙媒体に出力しません。

以上

総合診療情報システムの使用願

申請日 年 月 日

部署名 _____

所属長 _____ 印

今回、当センターへ受け入れる者について、総合診療情報システムを使用することとなりますので総合診療情報システム管理運用細則第6条第2項第3号に従いシステムの使用許可を申請します。なお、システムの使用に際しては以下のことを厳守させます。

- 1 個人情報保護に関する法令及びセンターの各規則、規約等を遵守し、いかなる個人情報も絶対に第三者に知らせない。
- 2 システムの使用及び診療情報の取扱いについては、許可された用途以外に使用しない。
- 3 システム使用に必要なICカードの裏面に記載の項目を遵守しシステムのセキュリティを確保する。

記 (使用者氏名は一覧表の添付でも可)

指導等責任者	印	内線・PHS
(ふりがな)	(ふりがな)	
使用者氏名	使用者氏名	
(ふりがな)	(ふりがな)	
使用者氏名	使用者氏名	
(ふりがな)	(ふりがな)	
使用者氏名	使用者氏名	
(ふりがな)	(ふりがな)	
使用者氏名	使用者氏名	
所管部門	1医局 2看護部 3その他()	
資格	1 医師 2 看護師 3 修練性 4 研修生 5 実習生 6 その他()	
使用期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
使用目的	1 データ入力、参照 2 データ参照のみ 3 その他()	
	(概要)	

(注) 資格が(1_医師)(2_看護師)(6_その他)で、かつ使用目的が(2_データ参照のみ)の場合は診療情報管理室へ診療録閲覧依頼表の提出が必要です。

総合診療情報システムの使用を許可する。

年 月 日

情報企画室長 _____ 印

(注) なお、新たにICカードの発行が必要とされる場合は、システム使用許可承認後にICカード【新規発行・再発行】申請書を情報企画室へ提出してください。