

(様式第 1 号)

令和 年 月 日

公立西知多総合病院 院長 様

診療記録閲覧申請書

私は貴院が保有する診療記録について閲覧を希望します。

フリガナ 申請者氏名		
当院勤務期間		年 月 日～ 年 月 日
連絡先	電話番号	
	メールアドレス	
所属機関名		
閲覧希望日時		年 月 日（ ： ～ ： ）
閲覧目的		☐ 研究調査 ☐ 資格取得 ☐ その他（ ）
診療記録の収集 (画像データ等)		☐ あり ☐ なし

【当院記入欄】

承認	☐ 許可 ☐ 不許可	承認日 年 月 日
本人確認書類	☐ 運転免許証 ☐ マイナンバー（個人番号）カード ☐ その他（ ）	

院長	D X推進室長	医事課長	担当

(様式第 1 号)

誓 約 書

公立西知多総合病院 院長 様

私は、貴院において保管されている診療記録等を閲覧するにあたり、下記事項を十分に理解し、これを遵守いたします。

記

- 1 個人情報の保護に関する法律及び西知多医療厚生組合個人情報の保護に関する条例を十分に理解し、遵守します。
- 2 個人情報を正当な利用目的の範囲を超えての利用・収集および院外への持ち出しはいたしません。
- 3 診療記録の修正、更新を行いません。
- 4 部門責任者の指示に従います。

以上

年 月 日

氏 名 _____