|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 院長 | 副院長(医療の質管理担当) | 統合情報管理部門長 | 所属部長（部門長） |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　月　　日 | 　月　　日 | 　月　　日 | 　　月　　日 |

社会福祉法人済生会宇都宮病院　院長　野間　重孝　様

診療記録閲覧及びID取り扱い誓約書（外部向け）

下記条件を遵守いたしますので、診療記録を閲覧したく申請いたします。

記

■閲覧先　：□電子カルテ系　　□医事系　　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

■申請理由：

■閲覧場所：　　　　　　　　 ／

■閲覧期間（予定）：　　 　年　　　月　　　日　　時　　分　～　 　　年　　　月　　　日　　時　　分

■患者氏名：

■患者ID ：

■特定患者でない場合は、条件の詳細を記載してください。（例：○○疾患で入院中の患者）

　条件詳細：

■閲覧用ログインＩＤ使用：□有　□無　（有の場合使用者を下記に記載してください。（人数分））

使用者名：

計　　　名

使用者が多い場合は、団体名(○○学校など)と合計人数を記載し、名簿を添付してください。

■閲覧条件：1.上記目的以外には使用しません。

　　　　　　2.接続期間を遵守します。(接続期間を前後する場合は事前にご連絡し、承諾を得ます。)

　　　　　　3.医療情報システムの情報を閲覧する際は、貴院で承認を得た閲覧用IDでログインします。

　　　　　　4.診療記録の登録、修正、削除は一切行いません。

　　　　　　5.外部メディア(USB等)の接続およびデータの持ち出しはいたしません。

　　　　　　6.離席の際は必ずログアウトします。

　　　　　　7.本業務の履行に関連して知り得た患者情報については、事前の承諾を得ない限り、

　　　　　　　第三者に対し口外・開示しません。この誓約期間の終了後においても同様とします。

　　　　　　8.本業務の履行に関連して知り得た「7.」項に定める以外の情報についても、他に漏洩することはありません。この誓約期間の終了後においても同様とします。

　　　　　　9.本誓約書に定めのない事項及び本誓約の遵守に関し疑義を生じたときは、貴院と協議の上解決します。

10.申請者(申請会社及び使用者)の故意・不注意により、ネットワーク障害・ウィルス感染・情

報漏洩等損害を与えた場合は、申請者(申請会社及び使用者)の責任にて損害を賠償します。

以　　　　上

申請日　　　 ：　　　　　年　　　　月　　　　日

申請者 ：　会社名

　　　　　 担当責任者役職　　　　　　　　　 　　担当責任者名　　　　 　　　　　　　印

　　　　　 連絡先

病院担当部署確認欄

年　　月　　日　部署名　　　　　　　　　　　　　部署責任者名　　　　　　　　　　　印

※病院担当者は「病院担当部署確認欄」に署名・捺印の上、所属部長の承認印まで受領し、医療情報室へ提出して下さい。

【受付記載欄】□別紙参照(下記欄に書き切れない場合は、別紙ID使用者リストを添付して下さい。)

閲覧用ID：

接続期間(実績)　： 　 年　 月　 日　 　　：　　 ～　 　 年　 月 　 日 　 ：

接続設定削除確認： 　 年 　 月　 日 　担当者：

備考：

閲覧用ID：

接続期間(実績)　： 　 年　 月　 日　　　 ：　　 ～　 　 年　 月　 日 　 ：

接続設定削除確認： 　 年 　 月　 日 　担当者：

備考：

|  |  |
| --- | --- |
| 医療情報室責任者 | 医療情報室担当者 |
|  |  |
| 　　月　　日 | 　　月　　日 |

閲覧用ID：

接続期間(実績)　： 　 年　 月　 日　　　 ：　　 ～　 　 年　 月　 日 　 ：

接続設定削除確認： 　 年 　 月　 日 　担当者：

備考：

閲覧用ID：

接続期間(実績)　： 　 年　 月　 日　 　　：　　 ～　 　 年　 月　 日 　 ：

接続設定削除確認： 　 年 　 月　 日 　担当者：

備考：

閲覧用ID：

接続期間(実績)　： 　 年　 月　 日　　　 ：　　 ～　 　 年　 月　 日 　 ：

接続設定削除確認： 　 年 　 月　 日 　担当者：

備考：

閲覧用ID：

接続期間(実績)　： 　 年　 月　 日　 　　：　　 ～　 　 年　 月 　 日 　：

接続設定削除確認： 　 年 　 月　 日 　担当者：

備考：

【医療情報室コメント】