

年 月 日

藤田医科大学岡崎医療センター 殿

藤田医科大学岡崎医療センター 諸記録閲覧申請書

私は、藤田医科大学岡崎医療センターの診療記録、または病院記録について閲覧を希望します。  
 閲覧で知り得た情報の利用に際しては、匿名化する事を誓約します。

医療機関名	
地域連携登録医師名	
電話番号	
閲覧希望日	年 月 日 時～ 時予定
閲覧希望記録	<input type="checkbox"/> 【診療に関する諸記録】 <input type="checkbox"/> 診療記録 ・ <input type="checkbox"/> 病院日誌 ・ <input type="checkbox"/> 各科診療日誌  <input type="checkbox"/> 【病院の管理及び運営に関する諸記録】 <input type="checkbox"/> 共同利用の実績 ・ <input type="checkbox"/> 救急医療の提供実績 ・ <input type="checkbox"/> 紹介患者実績 <input type="checkbox"/> 地域医療従事者向け研修の実績 ・ <input type="checkbox"/> 閲覧実績
閲覧目的	<input type="checkbox"/> 経過観察のため <input type="checkbox"/> 研究のため <input type="checkbox"/> その他( )
(閲覧希望患者氏名・生年月日、記録閲覧理由、閲覧対象期間等) ※閲覧希望患者は、別紙による添付可。	

※上記太枠内をご記入願います。

※診療に関する諸記録は、当院へ紹介実績がある患者に関する情報に限る。

※個人情報及び個人情報が記録された資料や記録媒体は目的以外使用しないこと。

本人等の確認方法	<input type="checkbox"/> 登録医証カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 医師免許証 <input type="checkbox"/> その他 ( )
確認した記号番号等	

地域医療連携部長	医療連携室課長	受付