

退職医師等による診療情報閲覧申請の手引

Ver.1.2

最終更新日：2023/04/01

沼津市立病院

版	改訂日付	改訂内容
1.0	2018/12/05	ホームページ掲載用として手引書を作成
1.1	2019/06/21	申請書記入例の更新、問い合わせ先の追加
1.2	2023/04/01	申請書記入例の更新（様式1号及び3号）

沼津市立病院 退職医師等の診療情報閲覧申請の手引

この「手引」は、沼津市立病院（以下「当院」という）が保有する診療情報を、退職者が閲覧するための申請について、具体的な方法と特に留意すべき事項等をまとめたものです。

個人情報を取り扱いますので、実際の申請にあたっては、関係法令や通知等を十分理解のうえ、手続きを行ってください。

ご不明な点等がありましたら、診療情報管理室へお問い合わせください。

1. 申請者の資格

当院で就業歴のある方で、下記の目的で閲覧を行う場合に、申請することができます。

- ・資格取得のため
- ・学会等での症例報告を行うため
- ・その他、病院長が許可するもの

2. 閲覧が許可される期間、許可される診療情報の範囲

原則、申請をして許可を受けた当日のみ、閲覧が可能となります。

閲覧の範囲は、申請者本人が、当院在籍中に診療等で関わった患者さんの情報のみとなります。

※閲覧終了後、アクセスログの確認をさせていただきます。

不当なアクセスがあった場合は、次回からの申請をお断りいたします。

3. 申請に必要な書類

A. 診療情報の閲覧のみの場合

- ・診療情報閲覧申請書（様式第1号）
- ・申請者本人であることがわかる証明書（運転免許証等顔写真入りのもの）

B. 診療情報の閲覧と、写し（手術記録や退院時要約のコピー）・画像データ等が必要な場合

- ・診療情報閲覧申請書（様式第1号）
- ・診療情報等の写し持出申請書（様式第3号）
- ・申請者本人であることがわかる証明書（運転免許証等顔写真入りのもの）

いずれの申請書も、当院ホームページからダウンロードできます。

4. 申請の手順

- (1) 当院への閲覧希望の連絡
 - ・ 当院診療情報管理室あてに連絡してください。
診療情報管理室より、申請資格の確認や、手続きについて説明いたします。
このときに閲覧対象の期間や範囲、来院希望日等をお知らせください。
また、対象者の抽出や、診療情報の写し（コピー）の希望がある場合もお知らせください。
- (2) 『申請に必要な書類』の提出
 - ・ 診療情報管理室へ申請書（様式第1号・様式第3号）・身分証明書のコピー等をメールまたは郵送にて提出してください。
- (3) 閲覧の許可
 - ・ 申請書を病院長へ提出し、病院長の許可を得ます。
 - ・ 申請の可否について診療情報管理室からご連絡いたします。
- (4) 閲覧（申請者の来院）
 - ・ 申請書の原本（メールの場合）、身分証明書を持参し、総合案内にお越しください。
 - ・ 診療情報管理室にて閲覧環境を提供します。
（電子カルテの閲覧用 ID の交付、閲覧する紙カルテの用意等）

5. 閲覧における諸注意

閲覧をする場所

- ・ 診療情報管理室内で閲覧していただきます。
 - ・ 持参ノートパソコン用のコンセントは使用できません。
 - ・ ノート、資料等を広げられるワークスペースを提供します。
 - ・ 電子カルテに接続された端末が使用できます。
（交付された閲覧用 ID（書き込み・編集・発行等不可）を使用して閲覧してください。在職時の ID は使用できません。）
 - ・ 病院情報システム（病院 PC 等）への USB メモリ、スマートフォン、モバイル端末、デジタルカメラ等の外部媒体の接続は禁止されています。
（アクセス制限をかけています）。
- また、無許可での紙媒体による印刷、スマートフォン等での閲覧画面の撮影も禁止となります。

閲覧可能な時間

- ・ 診療情報管理室の勤務時間内が閲覧時間となります。
（平日 午前 8 時 30 分から午後 5 時まで）
診療情報等の写し（コピー）が必要な場合は、早めに診療情報管理室職員にお声がけください。
* 時間に余裕をもった来院をお願いします。

資格取得・症例報告等で診療情報等の写しが必要な場合

- ・ 患者さんの個人情報（削除（マスクング）させていただきます。
作業は診療情報管理室職員が行いますので、必要な情報が定まった時点でお声がけ
ください。（事前に分かっている場合は、申請時にお知らせください。）

6. 申請書記入例

①診療情報閲覧申請書（様式第1号）

様式第1号（第5条関係）
診療情報閲覧申請書

沼津市立病院
病院長 殿
yyyy年mm月dd日

申請者氏名	OO OO
現所属（病院名等）	□□病院
所属部署名	△△科
電話番号	055-XXXX-XXXX
電子メールアドレス	abcdefg12345@xx.co.jp

以下の目的で診療情報の閲覧を申請しますので、許可願います。

沼津市立病院での所属 （診療科名）	▲▲科
利用目的 ※資格取得の場合はその資料を添付してください。	<input checked="" type="checkbox"/> 資格取得 <input type="checkbox"/> 学会発表（ <input type="checkbox"/> 症例報告 <input type="checkbox"/> それ以外） <input type="checkbox"/> 論文（ <input type="checkbox"/> 症例報告 <input type="checkbox"/> それ以外） <input type="checkbox"/> その他（ ） <利用にかかる情報の提供先> ●●学会 ◇◇技能認定制度 ※資格名称、第〇回△△学会・研究会、投稿先雑誌名 or 論文タイトル、その他データ提出先・送付先名
閲覧内容	<対象期間・対象内容・閲覧の範囲> OOが在職中（yyyy年mm月～yyyy年mm月）に、 ◆◆術を行った患者の手術記録・手術時間 ※患者氏名は絶対に記載しないでください。
診療情報等の写しの持ち出し希望	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（様式第3号を提出してください）
閲覧希望日	yyyy年mm月dd日（月） 時刻： <input checked="" type="checkbox"/> 午前 □午後9時00分から yyyy年mm月dd日（月） 時刻： <input type="checkbox"/> 午前 □午後4時00分まで

<個人情報等の取扱いに関する宣言> （下記4点にチェックを記入）

- 個人情報の保護に関する法律にのっとり、沼津市立病院の指示等に従い、情報の取扱方法を厳守し、個人情報等と保護を徹底して行います。
- 個人情報等に個人情報は、宣言内容をよく読み、に漏えいすることは絶対にしません。また、第三者の行為を行いません。
- 上記各項のチェックをしてください。に漏えいした結果、沼津市立病院が被った被害について、賠償を行います。
- 個人情報等の盗難、紛失、漏えい等の事故が生じ又は生じるおそれがあることを知った場合は、速やかに報告します。

-----診療情報管理室処理欄-----

受付日： 年 月 日（ロメール、ロ郵送） 受付者：
 閲覧項目：電子カルテ、紙カルテ（入院： 冊、外来： 冊）、
その他（ ）
 備考：

※郵送やメール等で申請書を送る際、患者氏名は絶対に記載しないでください。

問い合わせ先

担当：沼津市立病院 診療情報管理室

住所：〒410-0302 静岡県沼津市東椎路字春ノ木 550 番地

TEL：055-924-5100（代表） 内線：2287

※「退職後の診療情報閲覧希望」とお伝えください。

メールアドレス：numazuhp2451.byoreki@bz04.plala.or.jp

受付時間：平日 午前 8 時 30 分から午後 5 時まで