西暦　　　　年　　月　　日

南和広域医療企業団

南奈良総合医療センター院長　　殿

（受け入れ担当所属）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属名

所属長 印

次のとおり電子カルテシステムの閲覧を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 閲覧者の情報 | 住 | 所 |  | | | | |
| 名 | 称 |  | | | | |
| 代表者名 | |  | | | | |
| 閲覧者氏名  （全員） | |  | | | | |
| 閲 覧 の 目 的 |  | | | | | | |
| 閲 覧 期 間 | 平成 | 年 | 月 | 日～平成 | 年 | 月 | 日 |
| 閲覧の対象範囲  （対象診療科、  対象患者ID等） |  | | | | | | |
| 患者の同意  （取得方法等） |  | | | | | | |

南和広域医療企業団

南奈良総合医療センター院長　　殿

私は、貴院においての電子カルテシステムの利用について、下記の事項を厳守することを誓います。

記

１．貴院の電子カルテシステムが保有する情報は、患者の機密属性を含む個人情報であり、絶対に漏えい等事故をおこしてはならない重要な情報であることを常に認識し、情報の持ち出し、第三者への開示・漏えいは一切いたしません。

２．電子カルテシステムの利用に関しては、貴院の取り決め等諸規程に従います。

３．この誓約に違反した場合は、それ以後の閲覧を中止し、また、患者及び貴院に損害を与えた場合、損害を賠償する責任を負うことに異議ありません。

４．個人情報の盗難、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際には、速やかに報告いたします。

以上

西暦　　　　年　　月　　日

勤務先

氏名　　　　　　　　　　　　（自署）

※閲覧者全員の「個人情報保護に係る誓約書」を提出してください。