（新規申請 / 継続申請） 2021.10.1

受　　付 年月日(西暦) 年　　月　　日

**診療情報閲覧申請書**

# 東京医科歯科大学病院長　殿

診療科長等 氏 名　　　　小　池　　竜　司　　 　　　(※)

ふりがな

申請者 氏 名 (※)

生年月日 (西暦) 年 月 日

(※)本人が自署しない場合は、記名押印してください。

# 私は、下記のとおり貴病院での情報システムの閲覧を希望しますので、申請いたします。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 現在の所属および身分 | 所属： 身分： | | | |
| 情報閲覧をする診療科等 |  | | | |
|  | １．臨床実習・修練を受けるため | | | |
|  | ２．臨床指導をするため | | | |
|  | ３．研究のため | | | |
|  | ４．医療情報ﾓﾆﾀﾘﾝｸﾞ・監査のため | | | |
| 情報閲 覧を する 理 由 | ５．その他 | | | |
| （該当するものに○印） |  | | | |
| 上記内容の詳記（必ず記入）：  ※研究の場合は、研究題目、整理番号も記載すること | | | |
| 情報閲覧をする場所  （該当するものに○印） | １．外来 ３．中央診療部門  ２．病棟（部門を記入してください |  |  | 部） |
| 情報閲覧を行う期間 | 許可日　　　～　　　(西暦)　　2023 | 年 | 3月 | 31日 |
| 情報閲覧を行う時期  （該当するものに○印） | １．毎週 ２．隔週 ３．月１回 ４．その他（  （ ）曜日（ 午前 ・ 午後 ） |  |  | ） |

※ 記入内容に変更が生じた場合は、速やかに届けること。

上記の者を当該診療科（部）において、情報システムの閲覧を行うことを 許可します ・ 許可しません

(西暦) 年 月 日

病院長 内田 信一（公印省略）