

# 退職医師等による診療情報閲覧申請の手引

1.0 版

独立行政法人国立病院機構 信州上田医療センター

版番号	改定内容	施行日
1.0	ホームページ掲載用として手引書を作成	2023年7月3日

## 退職医師等による診療情報閲覧申請の手引

この「手引」は、独立行政法人国立病院機構 信州上田医療センター(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、実際の申請に当たっては、関係法令や通知等を十分御理解の上、手続を行ってください。

ご不明な点がありましたら、企画課 診療情報管理士までお問い合わせください。

### 1. 申請者の資格

当院での就業歴のある方で、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。

- ・各種資格、認定の取得のため
- ・学会発表、論文作成のため
- ・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。(申し出により複数日が可能)

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診療情報のみとなります。

※閲覧終了後、必要に応じてアクセスログの確認をさせていただきます。不当なアクセスを認める場合は、次回からの申請をお断りすることがあります。

### 3. 申請に必要な書類

- ・医療情報システム利用申請書「様式1」
  - ・診療情報等閲覧及び持ち出し申請書「様式2」
  - ・医療情報システム利用誓約書「様式3」
  - ・申請者本人であることがわかる証明書のコピー（運転免許証等顔写真入りのもの）
- 上記を企画課 担当診療情報管理士までメール提出又は郵送してください。

## 4. 申請の手順

### (1) 当院への閲覧希望の連絡

- ・当院、企画課 担当診療情報管理士宛てに連絡してください。(TEL : 0268-22-1890 (代表))  
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

- ・担当診療情報管理士宛に申請書(様式1・様式2・様式3)・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

- ・申請書を担当診療情報管理士が受理した後に、病院長、当該診療科長、他関連役職者の決裁を得ます。
- ・申請の可否について担当診療情報管理士から電話または電子メールにてご連絡いたします。

### (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、書類受付5番に退職後の診療情報等閲覧希望とお伝えください。
- ・担当診療情報管理士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、電子カルテシステムの準備等)

## 5. 閲覧における諸注意

### 閲覧する場所

- ・1F 企画課医事で閲覧していただきます。
- ・電子カルテに接続された端末の利用が可能です。
- ・診療情報(カルテ記載内容、退院サマリー、手術レポート、検査結果、放射線画像)の出力は必要最低限としてください。
- ・持参するノートパソコン等で電源の利用が可能です。
- ・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。
- ・パソコン等への個人情報の転記は禁止です。  
※禁止行為を発見した場合は、直ちに閲覧を中止していただく場合があります。

### 閲覧の可能な時間

平日の9:00~17:00となります。夜間、休日等の対応はしておりません。

診療記録の写し(コピー)が必要な場合は、早めに担当診療情報管理士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。

### 認定医の申請等で、診療情報を持ち出す必要がある場合

- ・原則、個人情報(患者ID、患者名、住所等の個人を特定できる情報)の匿名化(マスキング、切

り取り)が必須となります。但し、病院長の許可がある場合を除きます。

作業は担当診療情報管理士が行いますので、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)。また、内容により、後日受け渡しになる場合があります。

<問合せ先>

※「退職後の診療情報等閲覧希望」とお伝えください※

担当：事務部 企画課 診療情報管理士

住所：〒386-8610

電話：0268-22-1890(代表)

受付時間：平日 8 時 30 分から 17 時 15 分まで

※次ページに様式1及び様式2の記入見本がありますのでご活用ください。

<様式1 記入見本>

様式1

提出先：医療情報部 事務助手（企画課3F）

## 医療情報システム利用申請書

独立行政法人国立病院機構信州上田医療センター  
情報システム管理者 殿

申請日

令和 5 年 6 月 10 日

以下の通り、独立行政法人国立病院機構信州上田医療センター医療情報システムの利用を申請します。

（権限の変更、利用停止、再開についてもこの様式を利用して申請します。）

※太枠内を記入してください

職場長  
(診療科長)

<b>申請区分</b> <small>該当する番号に○をつけてください</small>		1. 新規 ・ 2. 変更 ・ 3. 利用停止 ・ <b>4. 利用再開</b>		昭 和 3 年 4 月 1 日 平成	
<b>職員区分</b>	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 派遣・委託 <input checked="" type="checkbox"/> <b>その他</b> (退職職員)	<b>生年月日</b>	昭 和 3 年 4 月 1 日 平成		
<b>フリガナ</b>	ウエダ タロウ	<b>性別</b>	男 ・ 女		
<b>利用者氏名</b>	上田 太郎	<b>所属部署</b>	※所属が信州上田医療センター以外の方は下記に記入してください。 例：〇〇病院 〇〇科 信州●●病院 消化器内科		
<b>職種</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 健診医師 <input type="checkbox"/> 研修医 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 看護助手 <input type="checkbox"/> 看護学生 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 地域医療連携室 <input type="checkbox"/> 管理課 <input type="checkbox"/> 企画課 <input type="checkbox"/> 医事課 <input type="checkbox"/> 診療情報管理士 <input type="checkbox"/> 医師事務補助者 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
<b>連絡先</b>	内線 ・ PHS ( )	<b>備考 (変更点等)</b>			
<b>利用者ID</b>		← (新規、再開時は医療情報部担当者にて記入)	<b>過去の採用有無</b>	有 ・ 無	
<b>使用開始日</b>	令和 5 年 7 月 1 日	<b>使用終了日</b>	令和 5 年 7 月 1 日		
注1) 申請区分・・・「変更」の際はその詳細を「備考」欄に記入すること。(異動先部署、改姓前後氏名等) 注2) 利用者ID・・・申請区分が「新規」以外の時、現在利用中、又は過去に利用していたIDを記入すること。 注3) 使用開始日は、当センターへの採用日又は上記の職種に就いた日等を正確に記入すること。 注4) 本申請書の承認後、利用者に対して利用者ID及び仮パスワードを通知いたします。 注5) 本申請書は原則、利用開始日の7診療日前までに提出すること。					
申請者氏名			上田 太郎 		
(申請者自署の場合印鑑省略可)					

【以下 決裁欄】

上記の通り、承認する

令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構信州上田医療センター  
情報システム管理者  
院長

院長	事務部長	医療情報部長	医療情報係長	担当者

