録音許可申請書

広南病院長　　殿

申請年月日　　年　　月　　日

ID:

患者氏名

生年月日

申請者氏名

患者との続柄

以下のとおり、録音を許可願いたく申請いたします。

希望日時	年　　月　　日（　　）　　： 年　　月　　日（　　）　　： 年　　月　　日（　　）　　：
希望医師名	
内容	1．病状・治療方針の説明 2．セカンドオピニオン 3．その他（　　）
利用目的	
方法	1．面談（対面）時の録音 2．その他（　　）

【録音に関する注意事項】

・当院では患者さん及び職員の個人情報やプライバシーを保護するため、原則として病院施設内での録音は禁止しております。

・医師による説明の録音について、患者さんやご家族の病状理解の助けになると判断した場合は、録音を許可する場合もありますので、録音を希望される場合は事前に申請をお願い申し上げます。担当部署において録音の許可・不許可を判断させていただきます。

・申請期限は、原則としてご希望日時の３日前までとなります。検討結果は、改めて病院スタッフよりお知らせいたします。

・院内で許可のない録音が判明した場合は、データの消去をお願いいたします。

・許可の有無にかかわらず、院内で録音した内容の SNS 等への開示並びにこれに準ずる行為は禁止します。違反を確認した場合は法的措置も検討させていただくことがあります。

・録音が許可となった場合、当院でも同じ内容を録音しデータを保管いたします。

上記申請を受け録音を　許可します　・　許可しません

年　　月　　日　　担当医