

ID : _____

録音・WEB カメラ等使用許可申請書

さがらパース通りクリニック 院長

申請年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請者氏名 _____

患者さんとの続柄 _____

以下の通り、録音・WEB カメラ等の使用を申請します。

申請にあたっては、『録音・WEB カメラ等使用許可申請書』について厳守することを約束いたします。

希望日時	第1希望： _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ : 第2希望： _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ : 第3希望： _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ :
希望医師名	
内容	1. 病状・治療方針の説明 2. その他 (_____)
利用目的	
方法	1. 面談（対面）時の録音 2. 電話（通話）の録音 3. WEB カメラ等の使用

〈録音・WEB カメラ等の使用に関する注意事項〉

- ◆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やWEB カメラ等の使用を禁止しております。ただし、医師による説明の録音やWEB カメラ等の使用については、患者さんやご家族の病状理解の助けになる場合もありますので、ご希望の際は事前に申請していただき、申請内容を検討した上で許可する場合があります。
- ◆申請期限は、ご希望日時の前日までとなります。検討した結果につきましては、あらためて病院スタッフよりお知らせいたします。
- ◆許可なく録音やWEB カメラ等の使用が判明した場合、フィルムやデータの消去をお願いする場合がございます。
- ◆録音やWEB カメラ等の使用をされた際は、当院でも録音し、データを保管いたします。

申請受付印