

撮影・録音申請書

東邦病院

申請年月日 年 月 日

申請者氏名 _____

患者との続柄 _____

以下の通り、撮影・録音（どちらかを○で囲む）を申請します。

申請にあたっては、『撮影・撮影についての注意事項』について厳守することを約束いたします。

希望日時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
診療科	
撮影・録音内容	
目的	
場所	・ () 外来 ・ () 病棟 / () 号室 ・ その他 ()

申請許可者 _____

撮影・録音についての注意事項

- ① 診療記録（診療録、レントゲンなど）は診療情報の開示請求手続きが必要となりますので、撮影はできません。
- ② 撮影・録音したデータは、記載した目的以外に利用しないでください。
- ③ 撮影時に他の患者さんや職員が写り込む場合があります。撮影方向など十分に注意してください。
- ④ 許可を得て撮影したものでも、他の患者さんや職員が写った画像・動画等の無断使用は固くお断りします。
- ⑤ 他の患者さんからクレームが等があった場合は、フィルムやデータの消去をお願いすることがあります。
- ⑥ 許可を得て撮影した写真・動画、またはホームページ等から引用した当院の写真や文章等をSNS等に無許可で掲載しないでください。発見した場合は投稿の削除をお願いすることがあります。