

院内撮影・録音等許可申請書

申請日: 年 月 日

洛和会丸太町病院 病院長 殿

貴院の「写真撮影・動画撮影および音声録音に関する規程」に基づき、下記のとおり院内での撮影・録音の許可を申請いたします。

なお、撮影・録音にあたっては裏面の遵守事項を誠実に履行することを誓約いたします。

申請者フリガナ			
申請者氏名	{ 印 /サイン}		
患者との関係	☐ 本人 ☐ 家族 () ☐ 代理人・その他 ()	連絡先 電話番号	() -
現住所	〒		
対象患者氏名	氏名:	ID/病室:	
患者本人の同意	私は上記目的による撮影・録音について説明を受け、同意します。 患者氏名: _____ 署名日: ____年__月__日 ☐ 患者本人同意取得 ☐ 患者本人の意思表示が困難なため家族等の代諾		

1. 撮影・録音の申請内容

撮影・録音の種別	☐ 写真撮影(静止画) ☐ 動画撮影(音声あり/なし) ☐ 音声録音のみ
使用機器	☐ スマートフォン / タブレット ☐ デジタルカメラ / ビデオカメラ ☐ IC レコーダー ☐ その他(record 機器名:)
実施希望日時	年 月 日 () : ~ : (予定)
撮影・録音の場所	☐ 病室(病棟名: 室番号:) ☐ 診察室 / 処置室 ☐ リハビリテーション室 ☐ その他()
被写体・対象者	☐ 患者本人のみ ☐ 患者および家族 ☐ 主治医・担当医療従事者(※事前承諾必要) ☐ その他()

具体的な目的・理由	☐ 診療・リハビリ経過の自己記録・保存のため ☐ 遠方家族への病状説明・共有のため ☐ 学術・教育・取材目的(別途届出が必要な場合があります) ☐ その他具体的内容:()
-----------	---

2. 遵守事項・誓約内容

① 他の患者様、ご家族、職員等の第三者が撮影・録音範囲に映り込まない(音声が入らない)よう細心の注意を払います。 ② 撮影・録音したデータは、本申請書に記載した目的以外(商用利用や不特定多数への共有等)には一切使用いたしません。 ③ 撮影・録音した画像・動画・音声を、SNS、ブログ、動画投稿サイト等(インターネット上)へ許可なく公開・投稿いたしません。 ④ 診療業務や他の患者様の迷惑となる行為、指示に従わない撮影・録音は行いません。 ⑤ 職員から撮影・録音の中止やデータの確認・削除等の指示があった場合は、直ちにその指示に従います。 ⑥ 万一、本誓約に違反し第三者の肖像権・プライバシー権等を侵害するトラブルが生じた場合は、申請者の責任において解決いたします。 ⑦ 当院が本申請内容または院内規程への違反があると判断した場合は、許可が取り消されることに異議を申し立てません。
--

3. 病院記載欄(審査・許可欄)

審査結果	☐ 許可 ☐ 条件付き許可 ☐ 不許可
許可期間	☐ 当日のみ ☐ 退院まで ☐ その他()
許可条件・特記事項	☐ 他の患者・職員の映り込み厳禁 ☐ 指定の日時・場所のみ実施可能 ☐ SNS・インターネット等への投稿・公開厳禁 ☐ その他()

病院長 承認印	経営管理部 確認印	担当部署 確認印
印	印	印