【教員】個人情報が含まれていないか確認して下さい

指導医 許可印	

SHOWA UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE

昭和大学医学部
学生用診療録

学部学年		出席番号		氏　名	

守秘義務・個人情報保護に関わる要項

病院または学外施設実習（以下、「実習」という。）における個人情報保護について

ここでの個人情報とは、生存する個人に関する情報であって、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの（他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することが出来ることとなるものを含む）をいう。

個人情報の取り扱いについて

患者および利用者の人権を尊重しプライバシーの保護に十分配慮すること。

実習には、誓約書を提出した学生のみが参加できる。誓約書は保証人氏名、学生氏名を自署し、捺印をしてオリエンテーション時に提出すること。

誓約に際しては、特に以下の事項について厳重な注意を払うこと。

1) 個人情報は実習病院・施設の外に持ち出しを行わないこと。
2) 実習中だけでなく、実習後も患者および利用者に関して知り得た全ての情報を第三者に漏洩しないこと。また、その情報を実習病院・施設に無断で実習以外の目的に使用しないこと。
3) 実習により知り得た事項及び個人情報をＳＮＳ（ソーシャル・ネットワーキング・サービス）を含む全てのインターネット上に記載しないこと。
4) 必要な患者および利用者の情報（コンピューターシステム内の情報を含む）以外を勝手に閲覧・参照しないこと。
5) オーダリング、PACS、電子カルテシステムの利用者IDは慎重に管理し、他の者にID、パスワード等を伝えないこと。
6) 情報を実習病院・施設の外に持ち出す場合は、個人を特定できないような状態（＊）にした上で、指導者に見せ持ち出しの許可を得ること。
7) 外部記憶装置で情報を実習病院・施設の外に持ち出す場合は、パスワードや指紋認証等の保護機能のついたものを利用し、ハードディスクには情報を保存しないこと。
8) PC上で情報を操作する際には、ネットワークに接続しないこと。
9) 紙媒体で情報を実習病院・施設の外に持ち出す場合は、個人情報部分を切り取るなどの方法で匿名化すること。ボールペン、マジック、修正液等で塗りつぶすことは不可とする。
10) 情報は複製しないこと。
11) 自宅に持ち帰った情報は不要になった時点で、回収できない方法で廃棄すること。
12) 少しでも不明な点がある場合は自己判断をするのではなく、指導者に相談すること。
13) 個人情報の取り扱いについて、適切でないと思われることがあった場合は、ただちに指導者、教務課に連絡をすること。

＊特定できないようにする方法

以下の項目は決して記載しない。

氏名・生年月日・住所・電話番号・診察券番号・診療録番号・
保険証番号・Ｅメールアドレス・医療者の氏名・病棟名・施設の名称

以下の項目については記載例に従うこと。

項目	記載例	備考
患者氏名	記号化する （イニシャル不可）	―
年齢	○歳代	小児など、学習に必要な情報であれば、年齢の記載も可とする。但し、他の情報が全てブラインドされる必要がある。
家族の氏名・年齢	続柄で記載	―
日付（入院日、退院日、手術日、転科日　等）	病日で記載	―
施設名	記載しない	施設長の許可が得られた場合には記載も可とする。
紹介元施設名	すべて「他院」と記載	―
人種民族・国籍	記載しない	学習に必要な場合には記載も可とする。

診療録は病院外へ持ち出さないこと

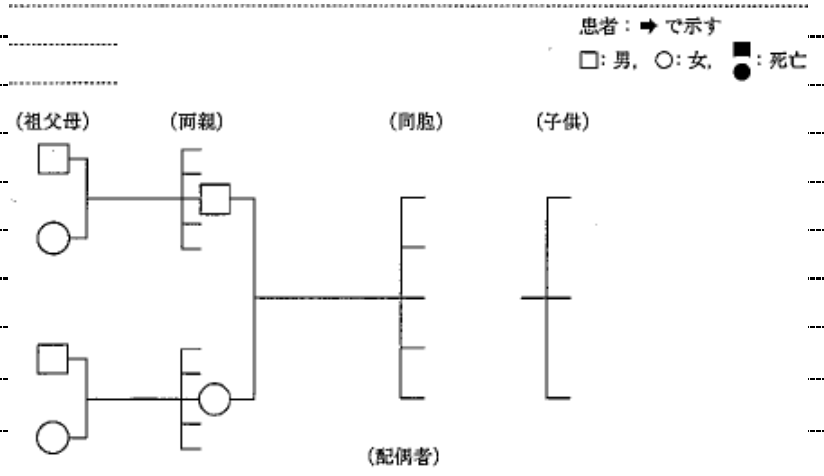
個人情報は特定できないようにすること

昭和大学医学部学生用診療録

【主訴】

【現病歴】

【家族歴】



□特記事項なし

□悪性腫瘍：(　　)

学年：　　**出席番号：**　　**学生氏名：**

個人情報は特定できないようにすること

※異常所見あるものにレ印をし、所見を記載する。

【既往歴】

□特記事項なし

□高血圧

□糖尿病

□喘　息

□脳神経系疾患　　□先天疾患

□内分泌系疾患　　□血液系疾患

□心臓血管系疾患　　□消化器系疾患

□アレルギー　　□自己免疫性疾患

□性行為感染症　　□その他

《かかりつけ医または医療機関》

①

②

③

□特記事項なし

□職　業：　　□海外渡航歴：

□嗜　好：アルコール　　杯/日、　　杯/日
喫煙　　本/日　　才～　　才

□感染症：HBs 抗原（＋・－)、HCV 抗体（＋・－)、HIV 抗体（＋・－)、梅毒反応（＋・－）

□輸血歴：(＋・－)　　□血液型：Ａ、Ｂ、Ｏ、ＡＢ　　Ｒｈ（＋・－）

□特記事項なし

□手術歴

①

②

③

□特記事項なし

【投与中薬剤】

①

②

③

④

⑤

□抗凝固・抗血小板剤内服：(＋・－)

①　中止日時（　　/　　時)、開始日時（　　/　　時)

②　中止日時（　　/　　時)、開始日時（　　/　　時)

③　中止日時（　　/　　時)、開始日時（　　/　　時)

□造影剤過敏反応：ヨード造影剤（＋・－)、ガドリニウム造影剤（＋・－）

□薬剤過敏反応：(＋・－)　　□特記事項なし

学年：　　**出席番号：**　　**学生氏名：**

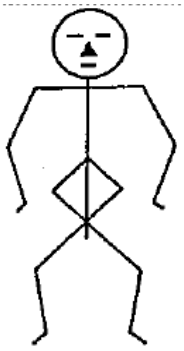
個人情報は特定できないようにすること

【入院時現症】

身　長	ｃｍ	体重	ｋｇ
脈拍数	回／分（整・不整）	呼吸数	回／分
血　圧ミギ	／　　mmHg	体温	℃
ヒダリ	／　　mmHg	（部位：腋窩・その他　　）	

※異常所見あるものにレ印をし、所見を記載する。

神経



□意識
□運動
□腱反射
□感覚
□その他

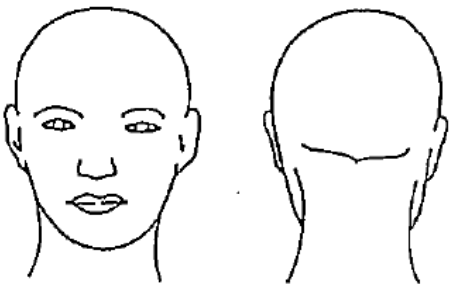
□特記事項なし

精神

□症状（あり・なし）
□その他

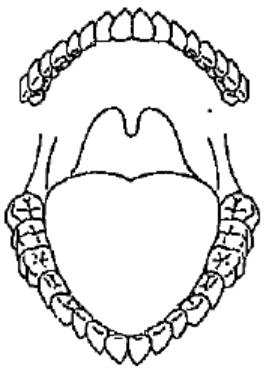
□特記事項なし

頭部／眼



□眼瞼結膜（貧血　　）
□眼球結膜（黄染　　）
□瞳孔不同（ミギ　　mm、ヒダリ　　mm）
□対光反射
□その他

耳／口腔／咽頭



□特記事項なし

□聴力
□舌
□咽頭
□その他

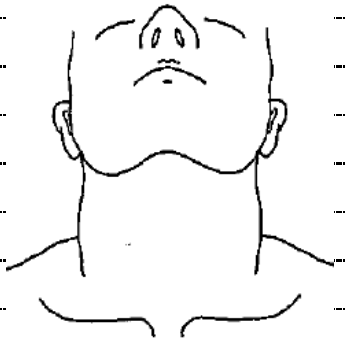
□特記事項なし

学年：　　**出席番号：**　　**学生氏名：**

個人情報は特定できないようにすること

※異常所見あるものにレ印をし、所見を記載する。

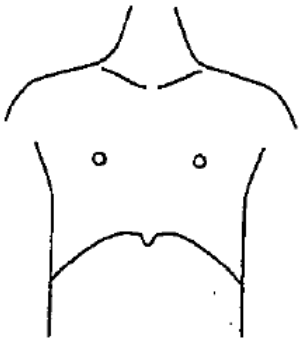
頸部



□甲状腺
□外頸静脈（怒張　　）
□頸部リンパ節
□その他

□特記事項なし

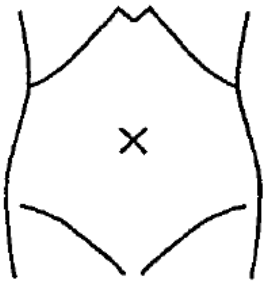
胸部



□心音
□心雑音
□呼吸／呼吸音
□鎖骨上・下リンパ節
□腋窩リンパ節
□その他

□特記事項なし

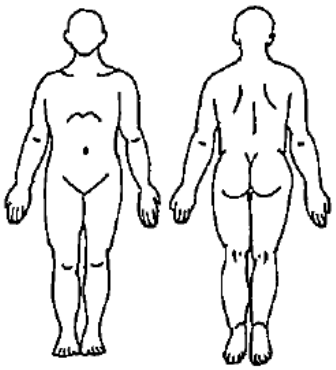
腹部



□腹水（あり・なし）
□腸音
□鼠径リンパ節
□直腸／肛門
□その他

□特記事項なし

皮膚



□紅斑　　□紫斑
□丘疹　　□結節
□水疱　　□褥瘡
□瘢痕

□特記事項なし

運動器

□骨／筋力

□特記事項なし

その他

□浮腫（あり・なし）

□特記事項なし

学年：　　**出席番号：**　　**学生氏名：**

個人情報は特定できないようにすること

学年：　　出席番号：　　学生氏名：