

録音・撮影 申請書

日鋼記念病院 病院長

申請 年月日 年 月 日

申請者 氏名 _____

患者との続柄 _____

以下の通り、**録音・撮影**（どちらかを○で囲む）を申請します。

申請にあたっては、『録音・撮影に関する注意事項』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	
録音・撮影内容	1. 病状説明 2. 手術に関する説明 3. その他 ()
目的	
場所	・ () 外来 ・ () 病棟 / () 号室 ・ その他 ()

録音・撮影に関する注意事項

- 撮影にあたっては、意図せず他の患者さんや職員が写り込んだり個人が特定される場合がありますので、誤解を招かぬよう撮影方向などに十分注意してください。
- 録音・撮影の内容をSNS等のインターネット上に公開することはやめてください。もし公開によって問題が発生した場合には法的措置を講じる場合があります。
- 許可なく録音や撮影が判明した場合、フィルムやデータの消去をお願いする場合があります。
- 録音を申請された場合、当院でも録音し、データを保管いたします。