

## 登録簿

届出番号	5 - 12 - 8		開始年月日	平成14年04月01日		変更年月日		
局コード	26	局名	東京都立病院機構		部コード	5	部名	都立病院等(共通)
課コード	12	課名	事務局医事課					
同一の事務を所管する課		都立病院等共通						
保有個人情報を取り扱う事務の名称		診療情報提供業務(指針に基づく開示)						
保有個人情報を取り扱う事務の目的		患者の診療録、検査記録等の診療情報について、申出書の受付、提供等の手続を行う。						
保有個人情報の対象者の範囲		患者及び患者家族等提供申出者						
保有個人情報の記録項目	基本的事項		心身の状況	家族状況等	社会生活等		その他	
	<input type="checkbox"/> 個人番号 <input type="checkbox"/> 識別番号 <input checked="" type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 国籍 <input type="checkbox"/> 本籍 <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 性別 <input checked="" type="checkbox"/> 住所 <input checked="" type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> 電子メールアドレス		<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 病歴 <input type="checkbox"/> 身体の特徴	<input type="checkbox"/> 家族状況 <input type="checkbox"/> 親族関係 <input type="checkbox"/> 婚姻	<input type="checkbox"/> 職業 <input type="checkbox"/> 職歴 <input type="checkbox"/> 思想 <input type="checkbox"/> 学歴 <input type="checkbox"/> 学業 <input type="checkbox"/> 信教 <input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 賞罰 <input type="checkbox"/> 信条 <input type="checkbox"/> 成績 <input type="checkbox"/> 評価 <input type="checkbox"/> 社会的差別の原因となる個人情報* <input type="checkbox"/> 財産 <input type="checkbox"/> 収入 <input type="checkbox"/> 納税状況 <input type="checkbox"/> 公的扶助 <input type="checkbox"/> 趣味		<input type="checkbox"/> 口座情報 <input checked="" type="checkbox"/> その他*	
保有個人情報の処理形態		<input checked="" type="checkbox"/> 電磁的記録以外 <input type="checkbox"/> 電磁的記録 <input type="checkbox"/> オンライン結合						
保有個人情報の主な収集先		<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 <input type="checkbox"/> 都の当該機関内等 <input type="checkbox"/> 他の都の機関等 <input type="checkbox"/> 他の官公庁 <input type="checkbox"/> 民間・私人 <input type="checkbox"/> その他*						
保有個人情報の経常的な目的外利用・提供先		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <input type="checkbox"/> 都の当該機関内等  <input type="checkbox"/> 他の都の機関等  <input type="checkbox"/> 他の官公庁  <input type="checkbox"/> 民間・私人  <input type="checkbox"/> その他*                 </div> <div> <input type="checkbox"/> 目的外利用  <input type="checkbox"/> 目的外提供                 </div> <div> <input type="checkbox"/> 法69条 1項  <input type="checkbox"/> 法69条 2項 1号  <input type="checkbox"/> 法69条 2項 2号  <input type="checkbox"/> 法69条 2項 3号  <input type="checkbox"/> 法69条 2項 4号                 </div> </div>						
外部委託・指定管理者による代行の有無		委託 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有*                      再委託 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有* 代行 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有*						
備考		その他の記録項目: 申出に係る診療情報の内容、提供の対象となる本人の状況・氏名・住所等(患者本人以外による申出の場合)  [ *を付した項目について 具体的内容等を記載 ]						
事務を廃止した場合		廃止年月日:			文書保存期限:			