

病院見学に関する誓約書

関西医科大学附属病院長 殿

関西医科大学総合医療センター病院長 殿

私は病院見学（以下「見学」）にあたり、医学生としてふさわしい態度で見学に参加させていただき、下記の項目について理解・同意しましたので署名いたします。

下記の項目に従わなかった場合は、処罰を受ける可能性があることを承知しています。

記

1. 患者さんの個人情報保護に常に留意し、見学に際して知り得た患者情報を決して他に漏らしません。また、個人情報を記録するようなことはいたしません。あわせて、自らの見学内容に関係ない情報を閲覧することも決めています。
2. 見学中は病院職員に準じて行動し、また指示に従い、感染防止を含めた医療安全の確保のために、常に十分な注意を払います。
3. 患者さんと接する機会がある場合、病院職員とともに患者さんに見学に対する同意を得ます。
4. 患者さんなどの保有する病原体が血液、排泄物、分泌物を介して自らに感染する危険性およびその予防法について、病院職員から事前に十分な説明を受けます。
5. 見学中に貸与される通行証やロッカーの鍵を紛失又は、病院の備品を破損した際は、弁償いたします。

令和 年 月 日

_____大学 医学部

学年 _____ 又は _____ 年卒

学生氏名(自筆署名) _____