

電子カルテ等閲覧申込書

西暦で記載してください。

倉敷中央病院
院長 山形 専 殿

閲覧申込者
所在地
名称
閲覧代表者

印

臨床研究法の下の研究の場合、
jRCT に登録された「モニタリン
グ担当責任者」もしくは「監査担
当責任者」をご記載ください。

下記の目的のため、貴院の電子カルテ等を閲覧したいので申し込みます。
閲覧に際しては、閲覧者が許可なく患者様と直接接触したり、資料等を複写することは
いたしません。また、患者様の秘密保持は厳守いたします。

記

閲覧目的	研究課題名 および jRCT に登録された臨床研究実施計画 書番号（臨床研究法の下の研究の場合）が分かるようにご記載 ください。	
倉敷中央病院 責任者	所属 ○○科	職名 部長 氏名（研究責任医師）
閲覧者	所属	氏名(フリガナ)
閲覧される可能性のある方全員の所属・ 氏名を記入してください。 ※不足の場合は枠を足してください。	連絡先（TEL. FAX. E-mail 等）；	
閲覧希望の期間 （年月日、時間、日 数）	20XX 年 XX 月 XX 日～20XX 年 XX 月 XX 日 最長 1 年間となります。1 年ごとに再申請が必要です。	
対象範囲と項目お よび必要とする資 料 （電子カルテ、画 像、心電図等具 体的に記載）	当該試験登録患者 ・電子カルテ ・紙カルテ（入院カルテ、外来カルテ） ・画像 その他、適宜追加、削除してください。 本様式では、識別コード等で患者を限定しな いようにしてください。閲覧患者の指定は、 別紙（臨床研究直接閲覧実施連絡票）に記載 ください。	
備考	①倉敷中央病院 立会者 部署；臨床研究センター 氏名；（担当 CRC） ②パソコンの持ち込み（有・無） （有）の場合、「院内標準外パソコン持ち込み許可申請書」を別途提出してくだ さい。 有・無どちら かに○をして ください。	

1 年ごとに更新が必要になります。