

記入例

西暦 〇〇年 〇〇月 〇〇日

臨床研究直接閲覧実施連絡票

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構
臨床研究支援センター 御中

直接閲覧申込者

(名称・所属) ××・××

(氏名) 〇〇 〇〇

下記の臨床研究の直接閲覧(□モニタリング、□監査)を実施したく、以下のとおり連絡いたします。

記

依頼者/研究機関	依頼者名
研究課題名	課題名
実施希望日時	西暦 〇〇年 〇月 〇日 ××時 ××分 ~ ××時 ××分
閲覧者連絡先	TEL : 〇〇-××××-△△△△ FAX : 〇〇-××××-△△△△
	Email : 〇〇〇〇@△△△△
立会人 (希望時のみ記載)	<input type="checkbox"/> 研究責任医師 <input type="checkbox"/> 研究分担医師 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> その他 ()
対象となる被験者の 識別コード	直接閲覧対象文書等
1234-01~03	<input checked="" type="checkbox"/> 電子カルテ <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 紙カルテ ()
1234-04	<input checked="" type="checkbox"/> 電子カルテ <input checked="" type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> その他 () <input checked="" type="checkbox"/> 紙カルテ (入院: 〇〇科〇年以降、外来: 〇年以降)
	<input type="checkbox"/> 電子カルテ <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 紙カルテ ()
	<input type="checkbox"/> 電子カルテ <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 紙カルテ ()
	<input type="checkbox"/> 電子カルテ <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 紙カルテ ()
	<input type="checkbox"/> 電子カルテ <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 紙カルテ ()
	<input type="checkbox"/> 電子カルテ <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 紙カルテ ()
その他貸出希望資料	<input type="checkbox"/> 医療用医薬品集 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (臨床研究審査結果通知書)
備考	同行者: 〇〇

コメントの追加 [A1]: 紙カルテが必要な場合、必要なものだけを記載してください。
※入院カルテが全科必要な場合は、全科と記載してください。

コメントの追加 [A2]: その他、必要な資料がございましたら、記載してください。

コメントの追加 [A3]: 2名以上で閲覧する場合、同行者の名前を記載してください。

注) 本書式は依頼者等の直接閲覧申込者(担当者)が作成し、臨床研究支援センターに Email 等で提出する。