

# 臨床研究・治験 電子カルテ閲覧申込フォーム

## ◎申請フォーム

以下の項目を記載し送信を押してください。

申請者	閲覧者 氏名*	<input type="text"/>
	フリガナ*	<input type="text"/>
	生年月日 (西暦)*	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	会社・組織 会社・組織名・ 所属部署*	<input type="text"/>
	所在地*	<input type="text"/>
	連絡先 Email*	<input type="text"/>
	TEL*	<input type="text"/>
対象研究	治験契約番号/ 研究番号	<input type="text"/>
	研究の種類*	<input checked="" type="radio"/> 治験 <input type="radio"/> 臨床研究
	課題名*	<input type="text"/> 400文字以内で入力してください  0文字

実際に閲覧に来られる方の情報を入力して下さい  
複数名の場合は、1名ずつ入力して下さい

「治験番号」を入力して下さい

「治験」を選択して下さい

治験実施契約書に記載の課題名を入力して下さい

閲覧情報

閲覧目的 \*

200文字以内で入力してください

0文字

対象範囲と項目および必要とする資料 \*

200文字以内で入力してください

0文字

ファイルの選択 ファイルが選択されていません

ファイルの選択 ファイルが選択されていません

ファイルの選択 ファイルが選択されていません

ファイルの種類：テキスト・word・excel・pdf

ファイルサイズ：1MB以下。

閲覧希望日  
(期間) \*

~

申請日から2週間以降の日付を入力ください。  
土日祝を除きます。

治験責任医師/  
倉敷中央病院  
責任者

所属 \*

職名

氏名 \*

治験責任医師が所属する診療科名を入力して下さい

「電子カルテ、必須文書閲覧」と記載して下さい

開始日は、カレンダーで選択可能な最短日を入力して下さい

- ・既に被験者登録がある場合、対象範囲として「被験者登録番号」を入力して下さい
- ・項目は「治験実施計画書に定める項目」として下さい
- ・必要とする資料は「診療記録」「症例報告書」「被験者日誌」「院長保管資料」「責任医師保管資料」「SOP類」等閲覧記載して下さい

被験者数が多い場合は、このボタンをクリックして、一覧表を添付いただいても結構です

終了日は、治験実施契約書に記載された治験契約終了日を入力して下さい  
治験実施契約期間が延長となった場合は、この箇所の日付を変更して下さい

パソコン  
持込情報

パソコン持込  なし  あり  
ありの場合は下記に記載ください

パソコン機種

利用目的   
200文字以内で入力してください

パソコンを持ち込む場合は、「あり」を選択し、必要項目を入力して下さい

0文字

持込むパソコンへの機密情報の入力・保存  
(機密情報：当法人が患者様からお預かり管理している患者情報、電子カルテ閲覧時に得られた情報)

なし  あり

暗号化  
(機密情報の入力・保存がある場合、暗号化されていないパソコンの持込みはできません)

未対応  対応済み

暗号化ソフト名

倉敷中央  
病院  
閲覧担当  
者

所属

氏名

Email \*

「所属」「氏名」の入力は不要です  
「**chiken\_sdv@kchnet.or.jp**」を入力して下さい

送信