

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 * <input type="text"/> 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 研究の種類 * <input type="radio"/> 治験 <input type="radio"/> 臨床研究 課題名 * <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; height: 100px;">400文字以内で入力してください</div> <p>0文字</p>

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

当院での「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

「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

治験責任医師/
倉敷中央病院
責任者

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

ファイルの種別：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。

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

- ・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」等閲覧する可能性のある資料名を記載して下さい

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

ハードディスク暗号化

(機密情報の入力・保存がある場合、ハードディスクが暗号化されていないパソコンの持ち込みはできません)

未対応 対応済み

ハードディスクを暗号化するソフト名

(例) BitLocker、FileVault、Disk(Drive)Encryption製品

※暗号化ソフトとはウイルス対策ソフトではありません。

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