

病院長	委員長	申請ごとに記載が異なる箇所の色付けをしております。 実際に御提出頂く書類には色を付ける必要はありません。 <u>必ず1枚で収めていただきますようお願いいたします。</u>		診療録管理室
診療録使用・閲覧許可申請書(教職員以外用)				
藤田医科大学病院 病院長 殿		年 月 日 提出 治験・臨床研究支援センターで記載します。 記載不要 ※申請者(所属長)の氏名は自署とする 申請者 (所属長) 部門・部署名: 治験・臨床研究支援センター長 氏名: _____ (印) 連絡先電話番号 ( )		
1. 対象者	フリガナ フジタ タロウ	氏名 藤田 太郎	ユーザー ID (医療情報システム部記入)	印字可
2. 指導・監督部署 (研究実施当該部署)	部署 治験・臨床研究支援センター	生年月日 西暦 年 月 日	研究目的で責任者と申請者が異なる場合は署名・印必須 責任者氏名: _____ (印) <input type="checkbox"/> 申請者(所属長)と同じ	記載不要
3. 職種	治験モニター	4. 職名	治験モニター	
5. 診療録の使用・閲覧 等を必要とする理由(で きるだけ具体的に)  添付資料 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 診療 <input type="checkbox"/> 研究 ※臨床研究倫理審査委員会の承認書が必要です (研究題名: _____) (閲覧患者概要: _____) <input type="checkbox"/> 教育・実習 (詳細: _____) <input type="checkbox"/> 各種申請 (専門医・認定医・麻酔科標榜・その他/詳細: _____) <input checked="" type="checkbox"/> その他 (詳細: <u>【整理番号】</u> に対してのモニタリング業務を行うため) <input type="checkbox"/> ① 閲覧 <input type="checkbox"/> ② 記載 <input type="checkbox"/> ③ 借用 *紙カルテ借用は、別途手続きが必要			
添付資料は治験・臨床研究支援センターで作成します。		整理番号及び理由を記載してください。複数のプロトコールを行うときは、すべての整理番号を記載してください。		
7. 使用・閲覧期間	開始日 20 年 月 日	終了日 20XX年 X月 X日	※ 申請項目(氏名等個人情報を含む)変更に伴う再申請の場合は下記の変更項目番号に○を付すこと 変更項目 <u>【 1、2、3、4、5、6、7 】</u> 治験・臨床研究支援センターで記載します。 契約終了日を記載して下さい。ただし、3年を上限とし、3年を超えない範囲の年度末(3月31日)を記入して下さい。また、期間が切れる前に延長手続きをしていただきますようお願い致します	
※決定・処理使用欄				
診療情報システム委員会 承認 ・ 部分承認 承認区分 <input type="checkbox"/> ※診療録使用閲覧規程の「許可範囲」区分に同じ (添付意見) 病院長 許可 ・ 部分許可 ・ 不許可 ( 年 月 日 ) 許可区分 <input type="checkbox"/> ※診療録使用閲覧規程の「許可範囲」区分に同じ (添付意見)				
※ 医療情報システム部 処理依頼日 ( 年 月 日 ) 対応日 ( 年 月 日 )				

①所属長→ ②診療録管理室→ ③診療情報システム委員会→ ④病院長→ ⑤診療録管理室(→⑥医療情報システム部【写し】)

【保管】(→⑥申請元所属長【写し】)

病院長	委員長	申請ごとに記載が異なる箇所の色付けをしております。 実際に御提出頂く書類には色を付ける必要はありません。 <u>必ず1枚で収めていただきますようお願いいたします。</u>		診療録管理室
診療録使用・閲覧許可申請書(教職員以外用)				
藤田医科大学病院 病院長 殿		年 月 日 提出		
		治験・臨床研究支援センターで記載します。		
当院診療録(電子情報のみでなく、紙などの媒体を含む)を下記の者に使用・閲覧させることに つき、許可いただきたく申請いたします。		※申請者(所属長)の氏名は自署とする		
申請者 (所属長)	部門・部署名: 治験・臨床研究支援センター センター長	氏名: _____	⑩	
		連絡先電話番号 ( )		
1. 対象者	フリガナ フジタ タロウ	印字可	ユーザー ID (医療情報システム部記入)	
	氏名 藤田 太郎			
2. 指導・監督部署 (研究実施当該部署)	部署 治験・臨床研究支援センター	研究目的で責任者と申請者が異なる場合は署名・印必須		
		責任者氏名: _____ ⑩ □ 申請者(所属長)と同じ		
3. 職種	治験モニター	4. 職名	治験モニター	
5. 診療録の使用・閲覧 等を必要とする理由(できるだけ具体的に)  添付資料 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 診療 <input type="checkbox"/> 研究 ※臨床研究倫理審査委員会の承認書が必要です (研究題名: _____) (閲覧患者概要: _____) <input type="checkbox"/> 教育・実習 (詳細: _____) <input type="checkbox"/> 各種申請 (専門医・認定医・麻酔科標榜・その他/詳細: _____) <input checked="" type="checkbox"/> その他 (詳細: <u>【整理番号】に対してのモニタリング業務を行うため</u> )			
	<input type="checkbox"/> ① 閲覧 <input type="checkbox"/> ② 記載 <input type="checkbox"/> ③ 借用 *紙カルテ借用は、別途手続きが必要			
7. 使用・閲覧期間	開始日 20XX年 X月 X日	～	終了日 20XX年 X月 X日	
※ 申請項目(氏名等個人情報も含む)変更に伴う再申請の場合は下記の変更項目番号に○を付すこと				
【特記事項】 期間延長の場合、前回申請の終了日の翌日を記載して下さい。				
診療情報システム委員会 承認・部分承認・不承認 ( 年 月 ) 承認区分 <input type="checkbox"/> ※診療録使用閲覧規程の「許可範囲」区分に同じ (添付意見) 契約終了日を記載して下さい。ただし、3年を上限とし、3年を超えない範囲の年度末(3月31日)を記入して下さい。また、期間が切れる前に延長手続きをしていただきますようお願い致します。 承認区分 <input type="checkbox"/> ※診療録使用閲覧規程の「許可範囲」区分に同じ				
※ 医療情報システム部 処理依頼日 ( 年 月 日) 対応日 ( 年 月 日)				

①所属長→ ②診療録管理室→ ③診療情報システム委員会→ ④病院長→ ⑤診療録管理室(→⑥医療情報システム部【写し】)

【保管】(→⑥申請元所属長【写し】)