西暦　　　　　年　　　月　　　日

**電子カルテ閲覧利用申請書**

東北医科薬科大学病院　病院長　殿

所属企業名

閲覧者　　　　　　　　　　　　　　（署名）

下記試験の直接閲覧実施のため、患者診療録閲覧の許可を申請致します。

電子カルテの閲覧にあたっては、次の通り宣誓致します。

・「個人情報」及び「病院固有の情報」については適切に取扱い、目的外の使用、持出し等、一切行いません。

・貸与される閲覧者ID・パスワードは紛失、漏洩等しないよう管理致します。

・施設スタッフの指示に従い、手順書、関連法令を遵守致します。

・当該被験者より得られた同意の範囲内に限り利用致します。

利用許可期間が過ぎた場合においても、同様に職務上知り得た個人情報及び病院固有の情報を適切に取扱うことを約束致します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請区分 | 新規 ・ 変更 ・ 廃止 | | | | | | | | | | 既に持っているID番号（変更・廃止時に記載） | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |  | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | |  | | |
| 生年月日 | 西暦 |  | | 年 |  | 月 |  | | 日 | 性別 | | | 男性 ・ 女性 |
| 申請理由 | | |  | | | | | | | | | | |
| 依頼者名 | | |  | | | | | | | | | | |
| CRO社名 | | |  | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | |  | | | | | | | | | | |
| 課題名もしくは  実施計画書番号 | | |  | | | | | | | | | | |
| 実施診療科名 | | |  | | | | | 責任医師名 | | | |  | |

（以下病院にて使用）

西暦　　　　　年　　　月　　　日

**直接閲覧用　閲覧者ID・パスワード**

西暦　　　　　年　　　月　　　日付依頼のありました閲覧者ID・パスワードを通知致します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | ID | パスワード |
|  |  |  |

本ID・パスワードは申請者本人のみの利用に限ります。他者への共有・利用は固くお断り致します。