

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

## 患者カルテ閲覧申請書 (□新規 □変更)

### 実施医療機関の長

地方独立行政法人秋田県立病院機構

秋田県立循環器・脳脊髄センター 病院長 殿

### 依頼者

(住所)

(名称)

(代表者)

印

秋田県立循環器・脳脊髄センター総合医療情報システム運用管理規定 第4条に基づき、下記のとおり患者カルテ閲覧の許可を申請します。

なお、患者カルテの閲覧にあたっては、「総合医療情報システム利用と個人情報保護に関する誓約書」において、「秋田県立循環器・脳脊髄センター電子情報セキュリティ対策ポリシー」及び「秋田県立循環器・脳脊髄センター総合医療情報システム運用管理規定」ほか、関連規程及び法令の規定を遵守することを誓います。

### 記

被験薬の化学名 又は識別記号	実施計画書番号
治験課題名	
閲覧期間	平成 _____年 _____月 _____日 ~ 開発治験の契約終了まで

### 閲覧者の氏名、所属 等

氏名	所属	変更		今回変更 のある者
		追加	削除	
		平成 _____年 _____月 _____日	平成 _____年 _____月 _____日	<input type="checkbox"/>
		平成 _____年 _____月 _____日	平成 _____年 _____月 _____日	<input type="checkbox"/>
		平成 _____年 _____月 _____日	平成 _____年 _____月 _____日	<input type="checkbox"/>
		平成 _____年 _____月 _____日	平成 _____年 _____月 _____日	<input type="checkbox"/>
		平成 _____年 _____月 _____日	平成 _____年 _____月 _____日	<input type="checkbox"/>
		平成 _____年 _____月 _____日	平成 _____年 _____月 _____日	<input type="checkbox"/>
		平成 _____年 _____月 _____日	平成 _____年 _____月 _____日	<input type="checkbox"/>
		平成 _____年 _____月 _____日	平成 _____年 _____月 _____日	<input type="checkbox"/>
		平成 _____年 _____月 _____日	平成 _____年 _____月 _____日	<input type="checkbox"/>
代表担当者 連絡先	氏名： TEL： Email：	所属： FAX：		