

\_\_\_\_\_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)

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<br>又は識別記号 |                                       | 実施計画書番号 |  |
| 治験課題名             |                                       |         |  |
| 閲覧期間              | 令和 _____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<br>のある者             |
|--------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|
|              |                       | 追加                      | 削除                      |                          |
|              |                       | 令和 _____年 _____月 _____日 | 令和 _____年 _____月 _____日 | <input type="checkbox"/> |
|              |                       | 令和 _____年 _____月 _____日 | 令和 _____年 _____月 _____日 | <input type="checkbox"/> |
|              |                       | 令和 _____年 _____月 _____日 | 令和 _____年 _____月 _____日 | <input type="checkbox"/> |
|              |                       | 令和 _____年 _____月 _____日 | 令和 _____年 _____月 _____日 | <input type="checkbox"/> |
|              |                       | 令和 _____年 _____月 _____日 | 令和 _____年 _____月 _____日 | <input type="checkbox"/> |
|              |                       | 令和 _____年 _____月 _____日 | 令和 _____年 _____月 _____日 | <input type="checkbox"/> |
| 代表担当者<br>連絡先 | 氏名：<br>TEL：<br>Email： | 所属：<br>FAX：             |                         |                          |