

電子カルテを申請される場合は、
使用日の2週間前までに書類を提出してください。

受付
年月日(西暦) 年 月 日

提出日を記入

診療情報閲覧申請書

東京医科歯科大学病院長 殿

診療科長等 氏 名 小 池 竜 司 (※)

申請者情報を記入

ふりがな

申請者 氏 名 (※)

生年月日 (西暦) 年 月 日

(※)本人が自署しない場合は、記名押印してください。

私は、下記のとおり貴病院での情報システムの閲覧を希望しますので、申請いたします。

記

| | |
|--------------------------|--|
| 現在の所属および身分 | 所属：会社名を記入 身分：記載例：モニター |
| 情報閲覧をする診療科等 | |
| 情報閲覧をする理由 (該当するものに○印) | 1. 臨床実習・修練を受けるため 2. 臨床指導をするため 3. 研究のため 4. 医療情報モタリング・監査のため 5. その他 ----- 上記内容の詳記(必ず記入)： ※研究の場合は、研究題目、整理番号も記載すること 整理番号・治験課題名をご記入ください。 複数ある場合は併記をお願い致します。 |
| 情報閲覧をする場所 (該当するものに○印) | 1. 外来 2. 病棟 (部門を記入してください) 3. 中央診療部門 4. その他 |
| 情報閲覧を行う期間 | (西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日 本書式は年度ごとに更新を行っているため、期間は許可日～当該年度末(3月31日)までとしてください。 |
| 情報閲覧を行う時期 (該当するものに○印) | 1. 毎週 2. 隔週 3. 月1回 4. その他 () () 曜日 (午前 ・ 午後) |

※ 記入内容に変更が生じた場合は、速やかに届けること。

上記の者を当該診療科(部)において、情報システムの閲覧を行うことを 許可します ・ 許可しません

弊院処理欄のため記載不要

(西暦) 年 月 日

病院長 内田 信一 (公印省略)