

診療情報閲覧入力依頼フォーム

※太枠・網掛け（青）部分をご記入ください

※太枠・網掛け（黄）部分は必要な場合のみ変更してください

フリガナ	<input type="text"/>		
申請者 氏名	<input type="text"/>		
(西暦)生年月日	<input type="text"/> 1990年	<input type="text"/> 1月	<input type="text"/> 1日

1.勤務先・所属	<input type="text"/> 〇〇〇〇株式会社
2.身分・職名	<input type="text"/> モニター
3.診療情報を閲覧する診療科等	<input type="text"/> 〇〇科
4.目的	<input type="checkbox"/> 当院職員に対する高度医療の指導
	<input type="checkbox"/> 医学生・歯学生・研修生等への臨床実習指導
	<input type="checkbox"/> 当院で臨床技術を修練（複数回見学/実践）
	<input type="checkbox"/> 診療行為を行う（外来診療担当/病棟診療など）
	<input checked="" type="checkbox"/> 5.その他→ <input type="text"/> 医療情報モニタリング・監査のため
	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： <input type="text"/> 〇〇〇〇-〇〇〇〇
	治験課題名： <input type="text"/>
5.期間	(西暦) 許可日 ~ 2025年 3月 31日
6.頻度	<input type="checkbox"/> 毎週 <input type="text"/> 曜日
	<input type="checkbox"/> 月 <input type="text"/> 回
	<input type="checkbox"/> 不定期
	<input type="checkbox"/> その他→ <input type="text"/>
7.誓約事項	以下の条件により医療行為もしくは診療情報閲覧が許可されることを承諾します。 ・当院の諸規則を遵守すること。 ・医療行為もしくは電子カルテの閲覧にあたり、知り得た情報を当初の情報閲覧目的以外に使用しないこと、及び外部に漏洩しないこと。
	<input type="checkbox"/> 承諾します。 <input type="checkbox"/> 承諾しない→申請は出来ません

※1 記入内容に変更が生じた場合は、速やかに届け出ること。

※2 センター長の承諾を得た上で、学内フォームから代理で申請いたします。

※3 本書式で得た情報は診療情報閲覧申請以外に使用しません。