臨床研究に係る電子カルテ閲覧申出書

（西暦）　　　　　年　　　月　　　日

日本赤十字社愛知医療センター

　　　　　　　　　名古屋第一病院　院長　様

〔申請者〕

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 組織名 |  |
| 申請者名 | ㊞ |
| 電話番号 | 　　　　　－　　　　　－ |

この度、西暦　　　　　年　　　月　　　日付にて締結した以下の臨床試験の実施に際し、電子カルテシステムの直接閲覧を申出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 研究名称 |  |
| 研究目的 |  |
| 診療科 |  |
| 責任医師名 |  |
| 閲覧目的 | □ モニタリング　 | □ 監　　査 | □ その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 閲覧期間 | 西暦　　　　　年　　　　月　　　　日　～　西暦　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 閲覧対象（患者ＩＤ又は患者数) |  |
| 閲覧者 |  |

* 電子カルテ閲覧に際し、閲覧場所並びに閲覧時間については、本研究の上記責任医師と相談の上、実施させていただきます。
* 「電子カルテ閲覧に係る誓約書」は、別途、提出いたします。