

電子カルテの直接閲覧について

- 1 平成 23 年 2 月 28 日以前のデータは、紙カルテでの閲覧となります。
診療録の閲覧を希望される場合は事前にご連絡ください。
- 2 電子カルテの直接閲覧には認証 ID・パスワードが必要となります。
初回時に署名済みの誓約書（2 名まで）を提出いただくと、直接閲覧訪問時、認証 ID・パスワードをお渡し致します。
- 3 ID は申請者のみのご使用をお願いいたします。担当を交代される場合は新たに申請してください。
- 4 依頼者用端末を 2 台用意しております。SDV が他の依頼者と重ならない場合は 2 台使用可能ですので、お申し込みの際にご相談ください。

利用者登録申請書

申請日 ()	承認日 ()

委託業者の登録は
職員の承認が必要。

下の点線内に必要事項を記入後、右上の欄に押印して経営企画室 情報システムに提出してください。

■登録区分

※いずれかの口に✓印を記入(1つ)

<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更・修正	<input type="checkbox"/> 停止・廃止
-----------------------------	--------------------------------	--------------------------------

※ 同一所属、同一職種利用者を【複数登録】する場合は
別紙複数登録用紙も提出してください。

■利用者情報

新規、変更・修正の場合、使用開始(変更日)を記入 →

使用開始日	(西暦)	年	月	日
-------	------	---	---	---

停止・廃止の場合、使用終了日を記入 →

使用終了日	年	月	日
-------	---	---	---

利用者ID種別 ※いずれかの口に✓印を記入(1つ)

※ログインユーザIDを記入→

<input type="checkbox"/> 職員	<input type="checkbox"/> 準職員	<input type="checkbox"/> その他 ()	職員番号5桁⇒	0	0	0			
<input type="checkbox"/> 臨時職員	<input type="checkbox"/> 応援医師	<input type="checkbox"/> 委託業者	<input type="checkbox"/> その他 ()	記入不要⇒	0	0	0		

漢字氏名 姓

名

カナ氏名 セイ

メイ

生年月日

(西暦)

年	月	日
---	---	---

性別

<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
-----------------------------	-----------------------------

職種 ※いずれかの口に✓印を記入(1つ)

※どの職種を選択すればよいか分からない場合は申請時にご相談ください。

<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 専攻医	<input type="checkbox"/> 研修医1年目	<input type="checkbox"/> 研修医2年目	<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> 非常勤医師	<input type="checkbox"/> 連携登録医師
<input type="checkbox"/> 医学生	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 看護師A	<input type="checkbox"/> 看護師B	<input type="checkbox"/> 准看護師	<input type="checkbox"/> 看護助手	<input type="checkbox"/> 保健師
<input type="checkbox"/> 助産師	<input type="checkbox"/> 看護学生	<input type="checkbox"/> 介護士	<input type="checkbox"/> 歯科技工士	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士	<input type="checkbox"/> 薬剤師	<input type="checkbox"/> 臨床検査技師
<input type="checkbox"/> 診療放射線技師	<input type="checkbox"/> 臨床工学技士	<input type="checkbox"/> 理学療法士	<input type="checkbox"/> 作業療法士	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 視能訓練士	<input type="checkbox"/> 臨床心理士
<input type="checkbox"/> 管理栄養士	<input type="checkbox"/> 栄養士	<input type="checkbox"/> 調理師				
<input type="checkbox"/> 事務職	<input type="checkbox"/> 医事職員A	<input type="checkbox"/> 医事職員B	<input type="checkbox"/> 診療情報管理士	<input type="checkbox"/> 医療社会福祉士	<input type="checkbox"/> 医事職員C	<input type="checkbox"/> 地域連携室
<input type="checkbox"/> 健診クラーク	<input type="checkbox"/> 治験コーディネータ	<input type="checkbox"/> 治験アシスタント	<input type="checkbox"/> 装具士	<input type="checkbox"/> 薬学生	<input type="checkbox"/> リハビリ学生	<input type="checkbox"/> システム管理者

所属部署(診療科)

所属部署(病棟)

※医師の場合、必ず記入してください。

※病棟看護師の場合、必ず記入してください。

情報システム使用欄 (※記入しないでください。)

<input type="checkbox"/> 電子カルテ	<input type="checkbox"/> 指導医
<input type="checkbox"/> 共有フォルダ	<input type="checkbox"/> 臨床フォルダ 所属部署のフォルダ以外で権限が必要なフォルダ ()
<input type="checkbox"/> MyWeb	<input type="checkbox"/> 院外メール カスタムグループ ()
<input type="checkbox"/> 放射線・内視鏡システム(INFINITT) レポート記載権限	
<input type="checkbox"/> その他 ()	

備考欄

受付者印

作業者印

確認者印

利用者登録申請書

申請日 ()	承認日 ()

委託業者の登録は
職員の承認が必要。

下の点線内に必要事項を記入後、右上の欄に押印して経営企画室 情報システムに提出してください。

■登録区分

※いずれかの口に✓印を記入(1つ)

<input checked="" type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更・修正	<input type="checkbox"/> 停止・廃止
--	--------------------------------	--------------------------------

※ 同一所属、同一職種利用者を【複数登録】する場合は
別紙複数登録用紙も提出してください。

■利用者情報

新規、変更・修正の場合、使用開始(変更日)を記入 →

使用開始日	(西暦)	年	月	日
-------	------	---	---	---

停止・廃止の場合、使用終了日を記入 →

使用終了日	年	月	日
-------	---	---	---

利用者ID種別 ※いずれかの口に✓印を記入(1つ)

※ログインユーザIDを記入→

<input type="checkbox"/> 職員	<input type="checkbox"/> 準職員	<input type="checkbox"/> その他 ()	職員番号5桁⇒	0	0	0			
<input type="checkbox"/> 臨時職員	<input type="checkbox"/> 応援医師	<input type="checkbox"/> 委託業者	<input type="checkbox"/> その他 ()	記入不要⇒	0	0	0		

赤枠を記載

漢字氏名	姓	<input type="text"/>	名	<input type="text"/>
カナ氏名	セイ	<input type="text"/>	メイ	<input type="text"/>
生年月日	(西暦)	年	月	日
性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性		

職種 ※いずれかの口に✓印を記入(1つ)

※どの職種を選択すればよいか分からない場合は申請時にご相談ください。

<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 専攻医	<input type="checkbox"/> 研修医1年目	<input type="checkbox"/> 研修医2年目	<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> 非常勤医師	<input type="checkbox"/> 連携登録医師
<input type="checkbox"/> 医学生	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 看護師A	<input type="checkbox"/> 看護師B	<input type="checkbox"/> 准看護師	<input type="checkbox"/> 看護助手	<input type="checkbox"/> 保健師
<input type="checkbox"/> 助産師	<input type="checkbox"/> 看護学生	<input type="checkbox"/> 介護士	<input type="checkbox"/> 歯科技工士	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士	<input type="checkbox"/> 薬剤師	<input type="checkbox"/> 臨床検査技師
<input type="checkbox"/> 診療放射線技師	<input type="checkbox"/> 臨床工学技士	<input type="checkbox"/> 理学療法士	<input type="checkbox"/> 作業療法士	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 視能訓練士	<input type="checkbox"/> 臨床心理士
<input type="checkbox"/> 管理栄養士	<input type="checkbox"/> 栄養士	<input type="checkbox"/> 調理師				
<input type="checkbox"/> 事務職	<input type="checkbox"/> 医事職員A	<input type="checkbox"/> 医事職員B	<input type="checkbox"/> 診療情報管理士	<input type="checkbox"/> 医療社会福祉士	<input type="checkbox"/> 医事職員C	<input type="checkbox"/> 地域連携室
<input type="checkbox"/> 健診クラーク	<input type="checkbox"/> 治験コーディネータ	<input type="checkbox"/> 治験アシスタント	<input type="checkbox"/> 装具士	<input type="checkbox"/> 薬学生	<input type="checkbox"/> リハビリ学生	<input type="checkbox"/> システム管理者

所属部署(診療科)

企業名/CRO名

所属部署(病棟)

治験薬名(試験名)

※医師の場合、必ず記入してください。

※病棟看護師の場合、必ず記入してください。

情報システム使用欄 (※記入しないでください。)

<input type="checkbox"/> 電子カルテ	<input type="checkbox"/> 指導医
<input type="checkbox"/> 共有フォルダ	<input type="checkbox"/> 臨床フォルダ 所属部署のフォルダ以外で権限が必要なフォルダ ()
<input type="checkbox"/> MyWeb	<input type="checkbox"/> 院外メール カスタムグループ ()
<input type="checkbox"/> 放射線・内視鏡システム(INFINITT) レポート記載権限	
<input type="checkbox"/> その他 ()	

備考欄

--

受付者印	作業者印	確認者印

電子カルテ閲覧に係る誓約書

電子カルテ画面の直接閲覧（以下「閲覧」という。）によるモニタリング及び監査の実施に当たり、私は以下の事項を遵守して行います。

1. 事前に閲覧対象患者の文書による同意を確認することなく閲覧は行いません。
2. モニタリング及び監査以外の目的で、閲覧情報を利用しません。
3. GCP、個人情報保護法に則り閲覧対象患者のプライバシーの保護に最大限の配慮を払い実施します。
4. 閲覧に当たっては、閲覧者に与えられたアクセス権限を超えた操作は行いません。
5. 閲覧対象患者の情報を外部媒体に記録したり、紙媒体に出力したりいたしません。
6. 閲覧対象患者以外の、患者情報等にはアクセスいたしません。

以上

平成 年 月 日

市立池田病院 病院長 殿

治験依頼者（または開発業務受託機関）

名 称 _____

フリガナ

閲覧者氏名 _____ (署名)