院内様式４-1

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　年　　月　　日

地方独立行政法人大阪府立病院機構

大阪母子医療センター

総長　倉智　博久　様

直接閲覧申込者

（名称・所属）

（氏名）

**電子カルテシステム利用登録申請書**

電子カルテの直接閲覧実施にあたり、電子カルテシステム利用登録を申請致します。

また、以下の事項を遵守し、正しく使用することを誓約致します。

１．閲覧者に対して発行されたID・パスワードを利用して閲覧を行い、与えられたアクセス権限を越えた操作は行いません。また、第三者のID・パスワードを利用したり、ID・パスワードを第三者に利用させることはありません。

２．個人情報の保護に関する法律及びその他関連する法令に基づき、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、閲覧により知り得たすべての情報は、モニタリング及び監査以外の目的で利用したり、口外したりしません。

３．閲覧対象患者の情報を外部媒体に記録しません。

４．許可なくLANケーブルを外したり、他のLANのアウトレットに差し替えたりしません。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用期間 | 研究期間（西暦　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日） |
| 研究課題名 |  |
| 申請理由 | □臨床研究における直接閲覧によるモニタリング及び監査の実施のため  □その他（　　　　　　　　　　　　　　） |

※以下、当センター記載欄

カードNo：

利用者ID：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 臨床研究支援室 | 情報企画室 | 診療情報管理室 |
| 20　　年　　月　　日 | 20　　年　　月　　日 | 20　　年　　月　　日 |
|  |  |  |