

年 月 日

大阪市立大学医学部附属病院  
医療情報部長 様

## 診療記録閲覧申請書・誓約書（治験・臨床研究用）

人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（文部科学省・厚生労働省 平成 26 年 12 月 22 日）第 8 章第 20 並びに医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令（平成 9 年 3 月 27 日厚生省令第 28 号）第 37 条第 1 項に基づき、治験等のモニタリングの実施をしたいので、次の通り診療記録の閲覧を申し込みます。

承認番号		閲覧希望日	年 月 日
社 名		閲覧希望時間	: ~ :
担当者名		業 種	
担当医名			
治験事務局担当者		印	備考:

## 誓 約 書

私(自署) \_\_\_\_\_ は、大阪府個人情報保護条例に基づき、診療記録で知り得た個人情報をこの申請書に記載した目的・理由以外に利用及び第三者に無断で提供・漏洩しません。

※裏面に続く

受付・資格確認	出庫処理	入庫処理
/	/	/

	患者名	必要なものに○印をつけ、電子カルテ以外は対象期間を必ずご記入ください			同意書
		種別	印	対象期間(西暦)	
1		外来カルテ		年 月 ~ 年 月	有・無
		X線フィルム		年 月 ~ 年 月	
		入院カルテ		年 月 ~ 年 月	
2		外来カルテ		年 月 ~ 年 月	有・無
		X線フィルム		年 月 ~ 年 月	
		入院カルテ		年 月 ~ 年 月	
3		外来カルテ		年 月 ~ 年 月	有・無
		X線フィルム		年 月 ~ 年 月	
		入院カルテ		年 月 ~ 年 月	
4		外来カルテ		年 月 ~ 年 月	有・無
		X線フィルム		年 月 ~ 年 月	
		入院カルテ		年 月 ~ 年 月	
5		外来カルテ		年 月 ~ 年 月	有・無
		X線フィルム		年 月 ~ 年 月	
		入院カルテ		年 月 ~ 年 月	
6		外来カルテ		年 月 ~ 年 月	有・無
		X線フィルム		年 月 ~ 年 月	
		入院カルテ		年 月 ~ 年 月	
7		外来カルテ		年 月 ~ 年 月	有・無
		X線フィルム		年 月 ~ 年 月	
		入院カルテ		年 月 ~ 年 月	
8		外来カルテ		年 月 ~ 年 月	有・無
		X線フィルム		年 月 ~ 年 月	
		入院カルテ		年 月 ~ 年 月	
9		外来カルテ		年 月 ~ 年 月	有・無
		X線フィルム		年 月 ~ 年 月	
		入院カルテ		年 月 ~ 年 月	
10		外来カルテ		年 月 ~ 年 月	有・無
		X線フィルム		年 月 ~ 年 月	
		入院カルテ		年 月 ~ 年 月	