　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式こども３

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　年　　月　　日

電子カルテ閲覧等に係る誓約書

兵庫県立こども病院

　治験審査委員会 委員長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　閲覧者

（名称・所属）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ 署 名 ）

私は、貴院で下記の治験の直接閲覧（□モニタリング、□監査）を行うにあたり、電子カルテを閲覧する際には以下の事項を遵守して行います。

１　閲覧に対して発行されたID・パスワードを利用して閲覧を行うこと。

２　ID・パスワードを、第三者に利用させないこと。

３　指定された場所以外では利用しないこと。

４　閲覧対象患者以外の患者情報にアクセスしないこと。

５　与えられたアクセス権限（閲覧）を越えた操作は行わないこと。

６　モニタリングまたは監査以外の目的で、閲覧により参照した情報を利用しないこと。

７　閲覧対象患者のプライバシーを侵害しないこと。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 治験実施  計画書番号 |  | 閲覧年月日 | 西暦　　　　年　　月　　日 ～　　月　　日 |

　　　　　　　　　　　　　　【治験事務局処理欄】　閲覧者 利用ＩＤ：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被験者の識別コード |  | 患者番号 | 患者氏名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※５件を超える場合はもう１枚提出

【治験事務局処理欄】　　　　　　　　　　【医療情報室処理欄】 ID・ﾊﾟｽﾜｰﾄﾞ・患者・期間 設定

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当者印 | 治験事務局長(薬剤部長) 署名 |  | 医療情報部長 |  | 院長 |  | 医療情報室 |
|  |  |  |  |  |

年　月　日　　 　年　月　日　 　 　年 月 日

初期ﾊﾟｽﾜｰﾄﾞ