

年 月 日

昭和医科大学病院長・東病院長 殿

電子カルテシステム 利用者 I D 申請書 (治験閲覧登録用)

<input type="checkbox"/> 外部者 <input type="checkbox"/> その他 ()	
※フリガナ	
※氏名	
※生年月日(西暦)	年 月 日 男・女
※所属会社名	
責任者 (所属会社)	自署 (印)
※連絡先	
※利用期間	始期 年 月 日～終了 年 月 日
※申請事由	<input type="checkbox"/> 治験閲覧 <input type="checkbox"/> 停止依頼 <input type="checkbox"/> その他 ()
※利用目的	整理番号 : 契約締結日 :
※責任者 (職員)	自署 (印)

※印は外部者が申請する際、必ず記載してください。 < I D 登録には数日要します。 >

電子カルテシステム利用者 誓約書	
私 _____ は、以下の事項を遵守して電子カルテシステムを利用します。	
1. 発行された I D を利用して電子カルテシステムを利用すること。	
2. パスワードは英数字混在 8 文字以上で設定し、2 カ月毎に変更すること。	
3. パスワードは他人に知られないようにすること。	
4. 自分の I D ・パスワードは第三者に利用させないこと。	
5. 対象患者以外の患者情報にアクセスしないこと。	
6. 患者のプライバシーを侵害しないこと。	
7. 電子カルテシステム使用後は直ちにログオフすること。	
8. 患者の情報を可搬記憶媒体に記録しないこと。	
職種 (職員外は会社名) _____	
氏名 (署名) _____	

医療情報室使用欄

I D 発行日付 年 月 日	利用者 I D
担当者サイン :	

☐利用者 I D 登録 ☐権限設定 ☐誓約書 ☐通知