

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。
<ol style="list-style-type: none">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。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。パスワードは他人に知られないようにすること。自分の I D ・パスワードは第三者に利用させないこと。対象患者以外の患者情報にアクセスしないこと。患者のプライバシーを侵害しないこと。電子カルテシステム使用後は直ちにログオフすること。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