

整理番号	—
------	---

西暦 年 月 日

モニタリング・監査報告書

成田赤十字病院
 院長 角南 勝介 様

申請責任者
 所属・職名
 氏名 印
 所属長 印

下記の課題について、モニタリング・監査を受けましたので報告致します。

記

課題名		
実施日時	西暦 年 月 日 時 分 ~ 時 分	
閲覧者	所属 :	氏名 :
閲覧者の連絡先	TEL :	Email :
立会人 (希望時のみ記載)	<input type="checkbox"/> 研究責任者 <input type="checkbox"/> 研究分担者 <input type="checkbox"/> 研究協力者 <input type="checkbox"/> その他 ()	
実施対象患者 識別コード	直接閲覧対象文書等	
	<input type="checkbox"/> 診療記録 (外来・入院) <input type="checkbox"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 診療記録 (外来・入院) <input type="checkbox"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 診療記録 (外来・入院) <input type="checkbox"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 診療記録 (外来・入院) <input type="checkbox"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 診療記録 (外来・入院) <input type="checkbox"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> その他 ()	
直接閲覧 に係る契約	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
備考	カルテ閲覧申請 : <input type="checkbox"/> 閲覧ID, PW返却済み	

モニタリング結果	
----------	--

注) 本書式は当該試験の申請責任者が作成し、成田赤十字病院倫理委員会 事務局に Email 等で提出する。