

脳卒中患者訪問等状況報告書

平成 年 月 日

医療機関名

担当医

先生

市・町・村

保健師

( 連絡先 : )

脳卒中情報連絡票に基づき、訪問・電話連絡 ( 連絡相手 ) ・健康相談を行いましたので、下記のとおり報告致します。

記

患者住所

市・町・村

患者氏名

生年月日

M・T・S 年 月 日

訪問 ( 連絡 ) 年月日

H . 年 月 日

血压値

/ mm H g

受療状況

回 / 月

服薬状況

回 / 日

身体状況 ( 含自覚症状 )

指導内容

1 )

2 )

3 )

その他報告事項

様式 8 号

## 脳卒中等情報システム事業関係資料利用申請書

申請年月日 年 月 日

島根県健康推進課長 様

申請者

所在地

施設名

所属課(科)

氏名

印

下記のとおり島根県脳卒中等情報システム事業における関係資料等を利用したいので、島根県脳卒中等情報システム事業実施要綱第 6 第 1 項の規定により申請します。

記

1 研究課題

2 研究目的

3 利用する資料の項目

施設名  
氏 名 様

島根県健康推進課長

脳卒中等情報システム関係資料の利用について

年 月 日付けで申請のあった標記については、島根県脳卒中等情報システム事業実施要綱第 6 条第 2 項及び第 3 項の規定により、下記の条件を付して承認します。

記

- 1 秘密の保持
  - ( 1 ) 提供された情報は第三者に漏らしてはならない。
  - ( 2 ) 提供された情報から知り得た医療機関に対し、直接接触してはならない。
- 2 目的外使用の禁止  
提供された資料は申請書に記載された研究目的以外に使用してはならない。
- 3 保管  
交付された資料の保管については、申請者の責任において十分な配慮をしなければならない。
- 4 研究結果の報告
  - ( 1 ) 研究結果の公表にあたっては、事前にその内容の写しを 1 部健康推進課長に提出しなければならない。
  - ( 2 ) 研究論文中に、島根県脳卒中情報システム事業より得られた情報であることの旨を記載しなければならない。
  - ( 3 ) 印刷論文の別冊を 1 部健康推進課長に提出しなければならない。
- 5 その他必要な事項