

# 日本外傷データバンク症例登録参加申請書

申請日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

日本外傷学会Trauma Registry 検討委員会  
日本救急医学会診療の質評価指標に関する委員会  
日本外傷診療研究機構 行き

住所 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

申請者 \_\_\_\_\_

所属施設 \_\_\_\_\_

役職名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX番号 \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

日本外傷データバンク運用規則を遵守し外傷症例登録に参加を希望するので申請します。

施設名 \_\_\_\_\_

外傷症例登録責任者氏名 \_\_\_\_\_

外傷症例登録責任者役職名 \_\_\_\_\_

## 症例登録者

### 登録者 1

氏名 \_\_\_\_\_

ローマ字氏名 \_\_\_\_\_ (大文字で姓名の順に)

役職 \_\_\_\_\_

### 登録者 2

氏名 \_\_\_\_\_

ローマ字氏名 \_\_\_\_\_ (大文字で姓名の順に)

役職 \_\_\_\_\_

### 登録者 3

氏名 \_\_\_\_\_

ローマ字氏名 \_\_\_\_\_ (大文字で姓名の順に)

役職 \_\_\_\_\_

登録者 4

氏名 \_\_\_\_\_

ローマ字氏名 \_\_\_\_\_ (大文字で姓名の順に)

役職 \_\_\_\_\_

登録者 5

氏名 \_\_\_\_\_

ローマ字氏名 \_\_\_\_\_ (大文字で姓名の順に)

役職 \_\_\_\_\_

登録者 6

氏名 \_\_\_\_\_

ローマ字氏名 \_\_\_\_\_ (大文字で姓名の順に)

役職 \_\_\_\_\_

登録者 7

氏名 \_\_\_\_\_

ローマ字氏名 \_\_\_\_\_ (大文字で姓名の順に)

役職 \_\_\_\_\_

登録者 8

氏名 \_\_\_\_\_

ローマ字氏名 \_\_\_\_\_ (大文字で姓名の順に)

役職 \_\_\_\_\_

登録者 9

氏名 \_\_\_\_\_

ローマ字氏名 \_\_\_\_\_ (大文字で姓名の順に)

役職 \_\_\_\_\_

登録者 10

氏名 \_\_\_\_\_

ローマ字氏名 \_\_\_\_\_ (大文字で姓名の順に)

役職 \_\_\_\_\_

## 申請書の記入上の注意

申請者:日本外傷データベースから事務的な連絡事項が発生した場合、申請者に対して連絡を行います。申請施設の窓口となる方を申請者としてください。

外傷登録責任者:申請施設の長を責任者として下さい。(院長、センター長、救急部長など)

症例登録者:実際にID、Password の交付を受け、症例登録を行う方を記入してください。登録者が3人を超える場合は2枚目に記入してください。また、10名を超える場合は2枚目をコピーして使用してください。3名以下の場合は2枚目の提出は不要です。

ID:ローマ字の姓名を元に事務局で自動的に設定致します。

パスワード:事務局で仮パスワードを設定いたします。事務局から受理後早期に御自身で変更してください。

申請書は記入終了後に下記までFAX で送信してください。

申請受付後に郵送でID、Password を送付致します。

申請書提出先:

特定非営利活動法人 日本外傷診療研究機構(NPO-JTCR) 事務局

外傷データベース担当(戸井田)

FAX : 03-3380-8627

御質問は

general@tororo.net

へメールで行ってください。

## 患者データ登録上の注意

登録対象はAIS が3以上の外傷をもつ患者です。ただし全ての患者を登録しても構いません。  
患者の個人情報保護の観点から、登録するID は診療録とは異なるID を使用して下さい。