

日本外傷データベース症例登録参加申請書

申請日 令和 年 月 日

日本外傷学会トラウマレジストリー検討委員会
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 _____

日本外傷データベース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 _____

役職 _____

登録者2

氏名 _____

ローマ字氏名 _____

役職 _____

登録者3

氏名 _____

ローマ字氏名 _____

役職 _____

登録者4

氏名 _____

ローマ字氏名 _____

役職 _____

登録者5

氏名 _____

ローマ字氏名 _____

役職 _____

登録者6

氏名 _____

ローマ字氏名 _____

役職 _____

登録者7

氏名 _____

ローマ字氏名 _____

役職 _____

登録者8

氏名 _____

ローマ字氏名 _____

役職 _____

登録者9

氏名 _____

ローマ字氏名 _____

役職 _____

登録者10

氏名 _____

ローマ字氏名 _____

役職 _____

申請書の記入上の注意

申請者：日本外傷データバンク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、9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。2名までの場合は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 と 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
外傷データバンク担当(佐藤)

FAX : 03-3380-8627

御質問は

jtdb@jtc-r-jatec.org

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。