

チーム機能利用・作成申請書

ふくい医療情報連携システム運営協議会委員長 様

令和 年 月 日

個人情報の適切な取扱い方針を準拠し、情報共有システムにおけるチーム機能の利用ならびに作成を希望しますので下記のとおり申請します。

◎チーム代表病院主治医もしくはかかりつけ医

医療機関名	
代表者名	
システム運用責任者名	
電話番号	
チーム名	

◎登録依頼内容

患者情報	患者氏名	(フリガナ) ----- (氏 名)	性別	男 ・ 女	
	住 所				
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月 日	
利用者設定	チーム利用者				
	医療機関名 (事業者名)	利用者氏名	備考	医療機関名 (事業者名)	利用者氏名 備考
<p>※ ふくいメディカルネットに事業施設として参加をし、利用者登録がされていることが必須になります。</p> <p>※ 在宅でのかかりつけ医は必ずリーダーもしくはサブリーダーとしてください。サブリーダーとなる方は医師もしくは看護師に限ります。</p> <p>※ <u>利用者は今後追加されることも想定されることから、開示機関主治医、在宅でのかかりつけ医のみの登録でも構いません。</u></p> <p>※ 患者の変更はできません。</p>					

チームNO	作成日
	平成 年 月 日