



参加申込の流れについて



ふくい医療情報連携システム
運営協議会

提出書類について

【提出書類】

- ふくい医療情報連携システム運営協議会申込書兼参加申込書(閲覧医療機関用)(様式1)
- 利用者一覧表(様式2)
- 参加同意書兼誓約書(様式3)
- 接続機器確認書(様式4)
- 設置工事に関する事前調査シート(様式5)

提出書類について (様式1)

※できるだけセキュリティを確保するため、協議会から貸与された端末以外の使用については、ご遠慮ください。しかし複数台を希望する場合には、必要最小限の台数としてください。また、設置工事に関する事前調査シート（様式5）ならびに接続希望台数分、接続機器確認書（様式4）を作成してください。また本システムのセキュリティポリシーを遵守してください。複数台接続をする場合には、会費が異なりますのでご注意ください。

ふくい医療情報連携システム運営協議会 申込書兼参加申込書（閲覧医療機関用） 案

ふくい医療情報連携システム運営協議会委員長 殿

ふくい医療情報連携システム運営協議会会則及びふくい医療情報連携システム運用管理規程、またセキュリティポリシーについて合意のうえ、下記のとおり「ふくい医療情報連携システム協議会」に入会し、ふくいメディカルネットに参加致します。

申請日	平成 年 月 日
ふりがな	
医療機関名	
代表者名	印
運用責任者名	

申請医療機関情報			
医療機関コード（7桁）			
診療科			
郵便番号	〒	—	
所在地	福井県		
電話番号		FAX番号	
メールアドレス		@	

※ mailでご連絡する内容がありますのでメールアドレスも必ず記入してください。

接続台数	台
<p>※できるだけセキュリティを確保するため、協議会から貸与された端末以外の使用については、ご遠慮ください。しかし複数台を希望する場合には、必要最小限の台数としてください。また、設置工事に関する事前調査シート（様式5）ならびに接続希望台数分、接続機器確認書（様式4）を作成してください。また本システムのセキュリティポリシーを遵守してください。複数台接続をする場合には、会費が異なりますのでご注意ください。</p>	
レセプトオンライン接続サービスを希望しますか。 (※別途料金が必要です)	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない

資料等送付先 ※上記住所と異なる場合のみご記入下さい。			
郵便番号	〒	—	
住所	福井県		
氏名			
電話番号		FAX番号	

※利用者一覧表（様式2）及び参加同意書兼誓約書（様式3）を添付してください。

(事務局取扱欄)

入会申請受理日 : 平成 年 月 日
会費納付確認日 : 平成 年 月 日

事務局受付済	事務局責任者	協議会公印
日付 /	日付 /	日付 /

提出書類について

(様式2)

※職種名記入一覧

医師	理学療法士
研修医	作業療法士
歯科医師	言語聴覚士
看護師	視能訓練士
准看護師	臨床工学技師
訪問看護師	義肢装具士
訪問看護師(准看護師)	歯科技工士
薬剤師(院内)	歯科衛生士
薬剤師(院外)	救急救命士
保健師	社会福祉士
助産師	介護福祉士
管理栄養士	精神保健福祉士
栄養士	介護支援専門員
診療放射線技師	医療ソーシャルワーカー
診療エックス線技師	訪問介護員
臨床検査技師	事務
衛生検査技師	その他

ふくいメディカルネット利用者一覧届出書

平成 年 月 日

記入者	
TEL	

	ID登録者	カナ	性別	職種(※)	専門診療科 (医師のみ)	利用者ID (12桁)	代表者に◎・運用責任者に○ を付けてください。両方業務の 場合には◎○を付けてくださ い。
例	福井 県郎	フクイ ケンロウ	男	医師	内科	000123456789	◎○
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							



提出書類について (様式3)

案

(様式3)

平成 年 月 日

ふくい医療情報連携システム運営協議会委員長 様

ネットワーク参加同意書兼誓約書

当機関は、ふくい医療情報連携システムの趣旨に賛同し、参加します。

また、同システムの利用に当たり、適正な運用管理及びデータの安全かつ適正な管理による個人情報の保護等の“ふくい医療情報連携システム運用管理規程”ならびにセキュリティポリシーに関する規程を参加機関システム運用責任者に遵守させるとともに、機関内における当該事業の実施に伴う責任を負うことを誓約します。

参加機関の名称 : _____

参加機関の所在地 : _____

参加機関の長名 : _____ 印

「ふくいメディカルネット」接続機器確認書（新規・変更）

提出書類について
(様式4)

以下の項目について、記入またはチェックをお願いします。

1 確認日	平成 年 月 日
2 機関名	
3 代表者名	
4 接続機器(※) (端末の機種名を 記入してください)	メーカー: 製品名: 型番: MACアドレス:
5 接続機器に導入され ているウイルス対策 ソフトウェア名称(※)	ライセンス使用期限 年 月 日 (確認日時点のもの)
6 ウイルス対策ソフト ウェアのライセンス 使用期限(※)	年 月 日 (確認日時点のもの)
7 接続機器のOS(※)	
8 Windows updateを 行っている。(※)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (理由:)
9 Internet Explorerの バージョン(※)	<input type="checkbox"/> IE7 <input type="checkbox"/> IE8 <input type="checkbox"/> IE9 <input type="checkbox"/> その他 ()
10 Adobe Readerの バージョン(※)	Adobe Reader <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 (X) <input type="checkbox"/> 11 (X I)
11 使用している回線	<input type="checkbox"/> 光回線 (フレッツ光ネクスト回線) <input type="checkbox"/> ADSL (5Mbps以上) <input type="checkbox"/> CATV (会社名:) <input type="checkbox"/> その他 ()
12 施設内ネットワークへの 接続	<input type="checkbox"/> 有 (インターネットの利用が制限・制御されている) <input type="checkbox"/> 無
13 使用しているインターネ ットプロバイダ	
14 Winny等その他のP2Pファ イル交換ソフトウェアの 有無(※)	<input type="checkbox"/> インストールされていない
15 ふくいメディカルネット 以外での利用(※)	<input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> ネットワークプリンタ <input type="checkbox"/> オンラインレセプト <input type="checkbox"/> その他 ()

(※)の部分については協議会より貸与する閲覧専用端末のみを使用する場合には記入は不要です。しかし2台目以降、既設のPCを利用する場合には記載願います。

(※)の部分については協議会より貸与する閲覧専用端末のみを使用する場合には記入は不要です。しかし2台目以降、既設のPCを利用する場合には記載願います。

流れ①

6月22・23日の説明会にて募集方法の説明

7月中に県医師会会員医療機関宛に発送
(募集開始)

参加申込をする場合には所定の様式を本協議会まで提出

一次参加申込提出期日は8/10まで

流れ②

```
graph TD; A[9月ごろに一次参加医療機関から数医療機関を部会にて選定し、検証への参加依頼をする。] --> B[10月中に検証機関向けの説明会を開催]; B --> C[11月より一次稼動情報開示病院との間で検証を開始]; C --> D[システム検証作業にて発生した不具合・修正(11-2月)];
```

9月ごろに一次参加医療機関から数医療機関を部会にて選定し、検証への参加依頼をする。

10月中に検証機関向けの説明会を開催

11月より一次稼動情報開示病院との間で検証を開始

システム検証作業にて発生した不具合・修正(11-2月)

流れ③

```
graph TD; A[申込済の医療機関を対象に運用講習会の開催通知並びに会費納入の案内 (12月)] --> B[運用講習会開催 (1月) 各地域にて]; B --> C[運用講習会後に後日IDなど発行 (1-2月)]; C --> D[専用端末の整備 (1-3月)];
```

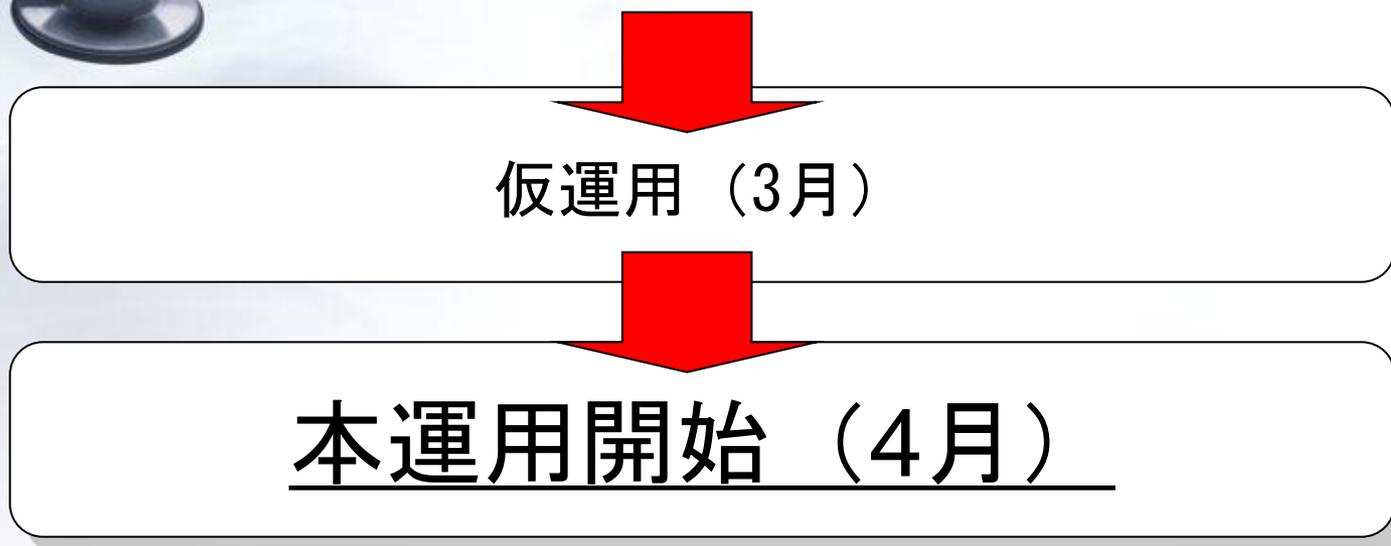
申込済の医療機関を対象に運用講習会の開催通知並びに会費納入の案内 (12月)

運用講習会開催 (1月) 各地域にて

運用講習会後に後日IDなど発行 (1-2月)

専用端末の整備 (1-3月)

流れ④





問合せ先

運営協議会事務局 TEL 0776-24-0387

■7月1日よりホームページ開設予定

<http://www.fukui.med.or.jp/fukuimedical-net/>