

ふくいメディカルネット利用者変更届出書

申請日	年 月 日
医療機関コード	
医療機関名	
代表者名	
記入者名	
連絡先	TEL FAX

利用者IDの8桁(数字)については貴院にて任意の数字でご記入を御願います。

新規利用登録者

	ID登録者	カナ	性別	職種(※)	専門診療科 (医師のみ)	利用者ID (8桁)	利用開始年月日	変更事由
例	福井 花子	フクイ ハナコ	女	看護師		123456789	2019/5/1	就職のため
1								
2								
3								
4								
5								

利用登録抹消者

	ID登録者	カナ	性別	職種(※)	専門診療科 (医師のみ)	利用者ID (8桁)	登録抹消年月日	抹消事由
例	福井 若子	フクイ ワカコ	女	看護師		987654321	平成26年5月1日	退職のため
1								
2								
3								
4								
5								

<事務局>

福井市大願寺3-4-10

TEL 0776-24-0387

FAX 0776-21-6641

受付日	年 月 日
受理日	年 月 日
発行日	年 月 日

※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
責任看護師	視能訓練士
看護師	臨床工学技士
准看護師	★ 義肢装具士
訪問看護師	歯科技工士
訪問看護師(准看護師)	歯科衛生士
薬剤師(医療機関)	社会福祉士
薬剤師(保険薬局)	介護福祉士
保健師(院内)	精神保健福祉士
保健師(院外)	介護支援専門員
助産師	医療ソーシャルワーカー
管理栄養士	訪問介護員
栄養士	事務(医療機関)
診療放射線技師	事務(保険薬局)
診療エックス線技師	事務(在宅関連)
臨床検査技師	医師事務作業補助者
衛生検査技師	その他

※責任看護師とは、本システムにおいてカルテ・画像の参照のアクセス権限が付与された職種となります。この責任看護師は1施設辺り利用者数も限定的としており、申請医療機関にて業務上責任的立場でおられる看護師の方で運用責任者の管理元、運用管理規程やセキュリティポリシーなどをしっかり遵守していただくことを条件として登録を行ってください。

★がついている職種については、現時点で権限の付与を行っておりません。