

ふくいメディカルネット利用者一覧届出書

年 月 日

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お願いします。

運用責任者	
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 (8桁)	開設者に◎・運用責任者に○ を付けてください。両方兼務 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	12345678	◎○
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

<事務局>  
福井市大願寺3-4-10  
TEL 0776-24-0387  
FAX 0776-21-6641

※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	その他
診療エックス線技師	
臨床検査技師	
衛生検査技師	

※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。