

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院情報システム利用申請書

太枠内をご記入ください。

●申請者の区分を選択してください。2～5の方は所属長印と誓約・同意書欄への本人署名が必要です。

- ☒ 1. センター病院の教職員（主たる勤務地がセンター病院である教職員）
- ☐ 2. センター病院以外の教職員（診療届の医師など、主たる勤務地がセンター病院でない教職員）
- ☐ 3. 診療願の医師
- ☐ 4. 研究等で参照利用する法人外(外部の医療・研究機関など)の方
- ☐ 5. その他委託、派遣職員、外部業者、学生・実習生、部署独自で雇用した者(秘書等)など
- ☐ 6. その他委託、派遣職員、外部業者、学生・実習生、部署独自で雇用した者(秘書等)など

※申請者の区分「1. センター病院の職員」の方は、所属長印と誓約・同意書欄へのサイン及び添付資料は不要

提出日  
(西暦)

2023 年 5 月 18 日

所属長印  
(診療科部長)

印

申請者の区分2～5は  
所属長印が必要です。  
1の場合は不要です。

申請種別

☐新規 ☐継続 ☐利用再開 ☐利用停止 ☒変更

※[新規]の場合は静脈撮影時に職員証など本人確認できるものをご提示ください。

※[変更]にチェックをした方は変更内容の記入及び裏面に変更内容のチェックをお願いします。

【変更内容】☐部署、所属異動 ☐改姓 ☐職員番号 ☐その他( )

変更前 横浜 変更後 浦舟

職員番号

※職員番号の無い方は空欄で構いません。

フリガナ

ウラフネ ハナ

センター病院  
での所属

※裏面の一覧から選択してください。

6 所属の企業/  
病院/学校等

※申請者の区分2～5は記入が必要です。

5 職種

※裏面の一覧から選択してください。

7 利用目的

☒診療等医療業務 ☐医事等運営業務  
☐研究 ☐その他( )

8 利用期間  
(西暦)

2023 年 6 月 1 日 ～ 2024 年 3 月 31 日 最長で申請年度末まで

9 生年月日  
(西暦)

2000 年 2 月 22 日

性別

☐男 ☒女

連絡先

8888

<誓約・同意書欄>申請者の区分2～5は記入が必要です。1の場合は不要です。

私は、公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センターにおける病院情報システムの利用にあたり、各種法令及び例規並びに横浜市立大学の諸規程等を遵守すると共に、個人情報の適切な取扱いを行います。

病院情報システムの利用を通じて知り得た個人情報をはじめ、患者、職員のプライバシーに関わる情報や業務に関連した情報など全ての情報について、今後、外部への提供、漏洩、不適切な利用を行わないことを誓約いたします。

この誓約に反した場合に生じた損害等については、事実確認、協議の上、必要とされた賠償を行うこととします。

10 年 月 日 本人署名 印

【決裁欄】申請者の区分2.～5.の場合

医療・診療情報部長 担当課長 担当係長

・登録情報は厳重に管理し、病院情報システムの運用管理業務以外の目的で使用しません。  
・警察等行政機関及び司法機関からの法令に基づく要請があった場合を除き、登録情報を第三者に提供することはありません。  
・登録情報の取り扱いの全てもしくはその一部を外部に委託する場合、委託を受けた者に対して適切な監督を実施します。

受付

日付

確認者

所属・部署

改姓

利用停止

※備考欄

本人への連絡

要・不要

管理コンソール(シ)

治療ダミー(シ)

ID発行票(へ)

静脈登録(へ)

e1 ユーザ登録(シ)

e1 部署確認(シ)

リハメイト登録(へ)

本人確認

(付与した)権限

(付与した)ID

○については、新規・変更時、確認の必要あり。 Ver. 20230518

①職種を選択してください。

②所属を選択してください。

職種

☒医師 ☐歯科医師 ☐研修医 ☐歯科研修医

☐看護師長 ☐心外看護師 ☐看護師 ☐麻酔科看護師 ☐看護助手 ☐助産師 ☐外来サポーター

☐薬剤師 ☐放射線技師 ☐検査技師 ☐胚培養士 ☐臨床工学士 ☐栄養士 ☐理学療法士 ☐作業療法士 ☐言語聴覚士 ☐視能療法士 ☐心理療法士 ☐社会福祉 ☐歯科衛生士 ☐歯科技工士 ☐CRC(Ns) ☐CRC(薬剤) ☐総務課職員 ☐地域連携 ☐医事課職員 ☐医事委託 ☐一般事務職 ☐看護事務 ☐診療情報管理 ☐秘書 ☐保育士 ☐医療情報

☐医学生 ☐学生その他

☐看護学生

☐治験業者 ☐外部検査員 ☐参照用外部

☐上記以外の職種の方

診療科

☒高度救命救急センター ☐総合周産期母子医療センター(産科) ☐総合周産期母子医療センター(新生児) ☐リウマチ膠原病センター(内) ☐リウマチ膠原病センター(整) ☐炎症性腸疾患IBDセンター(内) ☐炎症性腸疾患IBDセンター(外) ☐精神医療センター ☐心臓血管センター(内) ☐心臓血管センター(外) ☐消化器病センター(内) ☐消化器病センター(外) ☐呼吸器病センター(内) ☐呼吸器病センター(外) ☐小児総合医療センター

☐生殖医療センター(泌) ☐生殖医療センター(婦) ☐一般内科 ☐血液内科 ☐腎臓・高血圧内科 ☐内分泌・糖尿病内科 ☐脳神経内科 ☐乳腺・甲状腺外科(乳) ☐乳腺・甲状腺外科(甲) ☐整形外科 ☐皮膚科 ☐泌尿器・腎移植科 ☐婦人科 ☐眼科 ☐耳鼻咽喉科

☐放射線治療科 ☐放射線診断科 ☐歯科口腔外科矯正歯科 ☐麻酔科 ☐ペインクリニック内科 ☐脳神経外科 ☐リハビリテーション科 ☐形成外科 ☐緩和ケア内科 ☐遺伝子診療科 ☐がんゲノム診療科 ☐病理診断科 ☐臨床検査科 ☐ER部

病棟

☐7-2病棟 ☐8-1病棟 ☐8-2病棟 ☐CCU病棟 ☐9-1病棟 ☐9-2病棟 ☐NICU病棟 ☐10-1病棟 ☐11-1病棟 ☐9-11病棟 ☐12-1病棟 ☐12-2病棟 ☐13-1病棟 ☐13-2病棟 ☐14階病棟 ☐G-ICU病棟 ☐G-HCU病棟 ☐救命病棟 ☐救命後方病棟 ☐E-ICU病棟

外来

☐外来

中央部門

☐臨床検査部 ☐手術部 ☐リハビリテーション部 ☐輸血部 ☐病理部 ☐内視鏡部 ☐薬剤部 ☐放射線部 ☐医療機器管理室 ☐血液浄化療法部 ☐集中治療部 ☐栄養部 ☐感染制御部

看護部門

☐看護部

医療の質・安全管理部

☐安全管理室

管理部

☐総務課 ☐地域連携相談室 ☐医事課 ☐臨床試験管理室 ☐経営企画担当 ☐物品管理部門

☐上記以外の所属の方 ( )

■横浜市立大学附属市民総合医療センター  
指静脈認証データ登録・病院情報システム利用申請書記入説明

病院情報システム利用申請書(様式1)の各記入欄について説明します。

以下の各項目を確認の上、必要事項を記載して所属長(診療科部長等)の確認を経た上だ提出してください。

申請者の記入は太枠内のみです。他の場所は記入しないでください。

病院情報システムの登録当日の利用には、一部利用できるシステムに制限があります。

申請区分2～3に該当する場合には、登録までに時間がかかる場合があります。利用開始日の7営業日前までには、申請書の提出をお願いします。

1. 申請区分・・・1～5より該当するものを選択してください。(※未選択の場合には、登録が出来ません)
- ※4を選択した場合には、研究計画書などの写しが必要です

●申請者の区分を選択してください。2～5の方は所属長印と誓約・同意書欄への本人署名が必要です。

☐ 1. センター病院の教職員（主たる勤務地がセンター病院である教職員）  
☐ 2. センター病院以外の教職員（診療届の医師など、主たる勤務地がセンター病院でない教職員）  
☐ 3. 診療願の医師  
☐ 4. 研究等で参照利用する法人外(外部の医療・研究機関など)の方  
・利用目的の確認できる書類(研究計画書など)のコピーが必要です。  
☐ 5. その他委託、派遣職員、外部業者、学生・実習生、部署独自で雇用した者(秘書等)など

研修医の方は、1を選択してください。

治験業者の方は、4を選択してください。

2. 所属長印・・・記載内容について所属長の確認を受けてから、所属長の押印を得てください。

所属長印  
(診療科部長)

印

申請者の区分2～5は  
所属長印が必要です。  
1の場合は不要です。

・申請区分1を選択した場合は、不要です。  
・申請区分2～5を選択した場合は、必要です。

・附属病院のIDで登録の場合も、センター病院の各診療科の所属長印が必要です。

3. 申請種別・・・該当する申請種別に✓をしてください。
- ※新規申請の場合には、静脈撮影時に職員証等の本人確認のできるものをお持ちください。

申請種別

☐新規 ☐継続 ☐利用再開 ☐利用停止 ☐変更

※[新規]の場合は静脈撮影時に職員証など本人確認できるものをご提示ください。

※[変更]にチェックをした方は変更内容の記入及び裏面に変更内容のチェックをお願いします。

【変更内容】☐部署、所属異動 ☐改姓 ☐職員番号 ☐その他( )

変更前 変更後

- ・新規
- ・初めて申請を行う場合 等

- ・継続
- ・次年度も引き続き電子カルテを利用する場合
- ・附属病院へ異動後も診療や研究等で電子カルテを閲覧をする場合
- ・退職後も研究で電子カルテを閲覧をする場合 等

- ・利用再開
- ・休職明けの場合 等

- ・利用停止
- ・退職する場合
- ・附属病院へ異動後センター病院の電子カルテを利用しない場合 等

- ・変更→変更内容を記載してください。
- ・職位変更に伴い職員番号が変わる場合
- ・所属先が変更になる場合
- ・改姓した場合 等

職員番号

※職員番号の無い方は空欄で構いません。

フリガナ

利用者氏名

4 センター病院  
での所属

※裏面の一覧から選択してください。

6 所属の企業/  
病院/学校等

※申請者の区分2～5は記入が必要です。

5 職種

※裏面の一覧から選択してください。

7 利用目的

☐診療等医療業務 ☐医事等運営業務  
☐研究 ☐その他( )

8 利用期間  
(西暦)

年 月 日 ～ 年 月 日 最長で申請年度末まで

9 生年月日  
(西暦)

年 月 日

性別

☐男 ☐女

連絡先

9

4. 所属・・・裏面の一覧から選択してください。
5. 職種・・・裏面の一覧から選択してください。
- ・看護師・・・病棟に配属の場合には、病棟の中から選択してください。
- ・看護師・・・外来に配属の場合には、外来を選択してください。

6. 所属の企業/病院/学校等
- 申請区分2～5を選択した場合には、記入してください。
- 例)○○看護学校、株式会社△△社、■■■病院

7. 利用目的・・・該当するものに✓してください。該当するものがない場合には、その他に記載してください。

8. 利用期間・・・使用開始日から利用終了日までを記入してください。
- ※終了日が決まっていない場合は、年度末迄です。

9. 連絡先・・・MPSを持っている場合はMPS番号を、お持ちでない場合は内線番号を記入してください。
- ※外部の方は、日中連絡が取れる電話番号を記載してください。

10. 誓約書・同意書欄
- 申請区分1を選択した場合には、不要です。
- 申請区分2～5を選択した場合は、必ず署名をしてください。なお、自署の場合には押印不要です。

<誓約・同意書欄>申請者の区分2～5は記入が必要です。1の場合は不要です。

私は、公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センターにおける病院情報システムの利用にあたり、各種法令及び例規並びに横浜市立大学の諸規程等を遵守すると共に、個人情報の適切な取扱いを行います。

病院情報システムの利用を通じて知り得た個人情報をはじめ、患者、職員のプライバシーに関わる情報や業務に関連した情報など全ての情報について、今後、外部への提供、漏洩、不適切な利用を行わないことを誓約いたします。

なお、この誓約に反した場合に生じた損害等については、事実確認、協議の上、必要とされた賠償を行うこととします。

(西暦) 年 月 日 本人署名 印

自署の場合省略可