

## 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.診療顧の医師
- 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

※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
申請種別	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 繼続 <input type="checkbox"/> 利用再開 <input type="checkbox"/> 利用停止 <input checked="" type="checkbox"/> 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】	<input type="checkbox"/> 部署・所属異動 <input checked="" type="checkbox"/> 改姓 <input type="checkbox"/> 職員番号 <input type="checkbox"/> その他( )		
変更前	横浜		
	→		
	変更後 浦舟		

職員番号 4	※職員番号の無い方は空欄で構いません。 12345678	利用者氏名 フリガナ 浦舟 華
センター病院 での所属 6	※裏面の一覧から選択してください。	
職種 5	※裏面の一覧から選択してください。	
利用期間 (西暦) 8	2023年6月1日~2024年3月31日	最長で申請年度末まで
生年月日 (西暦)	2000年2月22日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
	9	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  
(西暦) 年 月 日 本人署名  
印  
自署の場合不可

【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

【システム担当記入欄】

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)	/	○	○	○		
治験ダミー(シ)	/	—	—	—		
ID発行票(ヘ)	/	—	—	—		
静脈登録(ヘ)	本人確認	—	—	—		
e1 ユーザ登録(シ)	/	—	○	—	(付与した)	権限
e1 部署確認(シ)	/	○	—	○	(付与した)	ID
リハメイト登録(ヘ)	/	—	—	—		

○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。	
<b>職種</b> <input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科研修医 <input type="checkbox"/> 研修医  <input type="checkbox"/> 看護師長 <input type="checkbox"/> 心外看護師 <input type="checkbox"/> 麻酔科看護師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 麻酔科看護師 <input type="checkbox"/> 看護助手 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 外来サポートー  <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 放射線技師 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> 胚培養士 <input type="checkbox"/> 臨床工学生 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 視能療法士 <input type="checkbox"/> 心理療法士 <input type="checkbox"/> 社会福祉 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> CRC(Ns) <input type="checkbox"/> CRC(薬剤) <input type="checkbox"/> 総務課職員 <input type="checkbox"/> 地域連携 <input type="checkbox"/> 医事課職員 <input type="checkbox"/> 医事委託 <input type="checkbox"/> 一般事務職 <input type="checkbox"/> 看護事務 <input type="checkbox"/> 診療情報管理 <input type="checkbox"/> 秘書 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 医療情報  <input type="checkbox"/> 医学生 <input type="checkbox"/> 学生その他 <input type="checkbox"/> 看護学生  <input type="checkbox"/> 治療業者 <input type="checkbox"/> 外部検査員 <input type="checkbox"/> 参照用外部  <input type="checkbox"/> 上記以外の職種の方		<b>診療科</b> <input checked="" type="checkbox"/> 高度救命救急センター <input type="checkbox"/> 生殖医療センター(泌) <input type="checkbox"/> 放射線治療科 <input type="checkbox"/> 総合周産期母子医療センター(産科) <input type="checkbox"/> 生殖医療センター(婦) <input type="checkbox"/> 放射線診断科 <input type="checkbox"/> 総合周産期母子医療センター(新生児) <input type="checkbox"/> 一般内科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科矯正歯科 <input type="checkbox"/> リウマチ膠原病センター(内) <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> リウマチ膠原病センター(外) <input type="checkbox"/> 腎臓・高血圧内科 <input type="checkbox"/> ベインクリニック内科 <input type="checkbox"/> 炎症性腸疾患IBDセンター(内) <input type="checkbox"/> 内分泌・糖尿病内科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 炎症性腸疾患IBDセンター(外) <input type="checkbox"/> 精神医療センター <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 精神医療センター(内) <input type="checkbox"/> 心臓血管センター(内) <input type="checkbox"/> 乳腺・甲状腺外科(乳) <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管センター(外) <input type="checkbox"/> 消化器病センター(内) <input type="checkbox"/> 乳腺・甲状腺外科(甲) <input type="checkbox"/> 緩和ケア内科 <input type="checkbox"/> 消化器病センター(外) <input type="checkbox"/> 呼吸器病センター(内) <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 遺伝子診療科 <input type="checkbox"/> 呼吸器病センター(外) <input type="checkbox"/> 呼吸器病センター(外) <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> がんゲノム診療科 <input type="checkbox"/> 小児総合医療センター <input type="checkbox"/> 小児消化器科 <input type="checkbox"/> 治療器・腎移植科 <input type="checkbox"/> 病理診断科 <input type="checkbox"/> 小児消化器科 <input type="checkbox"/> 小児内分泌科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 臨床検査科 <input type="checkbox"/> 小児耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 小児眼科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> ER部	
<b>病棟</b> <input type="checkbox"/> 7-2病棟 <input type="checkbox"/> 9-2病棟 <input type="checkbox"/> 12-1病棟 <input type="checkbox"/> G-ICU病棟 <input type="checkbox"/> 8-1病棟 <input type="checkbox"/> NICU病棟 <input type="checkbox"/> 12-2病棟 <input type="checkbox"/> G-HCU病棟 <input type="checkbox"/> 8-2病棟 <input type="checkbox"/> 10-1病棟 <input type="checkbox"/> 13-1病棟 <input type="checkbox"/> 救命病棟 <input type="checkbox"/> CCU病棟 <input type="checkbox"/> 11-1病棟 <input type="checkbox"/> 13-2病棟 <input type="checkbox"/> 救命後方病棟 <input type="checkbox"/> 9-1病棟 <input type="checkbox"/> 11-2病棟 <input type="checkbox"/> 14階病棟 <input type="checkbox"/> E-ICU病棟		<b>外来</b> <input type="checkbox"/> 外来	
<b>中央部門</b> <input type="checkbox"/> 臨床検査部 <input type="checkbox"/> 内視鏡部 <input type="checkbox"/> 集中治療部 <input type="checkbox"/> 手術部 <input type="checkbox"/> 薬剤部 <input type="checkbox"/> 栄養部 <input type="checkbox"/> リハビリテーション部 <input type="checkbox"/> 放射線部 <input type="checkbox"/> 感染制御部 <input type="checkbox"/> 輸血部 <input type="checkbox"/> 医療機器管理室 <input type="checkbox"/> 病理部 <input type="checkbox"/> 血液浄化療法部		<b>看護部門</b> <input type="checkbox"/> 看護部	
<b>医療の質・安全管理部</b> <input type="checkbox"/> 安全管理室		<b>管理部</b> <input type="checkbox"/> 総務課 <input type="checkbox"/> 医事課 <input type="checkbox"/> 経営企画担当 <input type="checkbox"/> 地域連携相談室 <input type="checkbox"/> 臨床試験管理室 <input type="checkbox"/> 物品管理部門	
<input type="checkbox"/> 上記以外の所属の方 ( )			

Ver. 20230518

### ■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.診療顧の医師
- 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は記入が必要です。

・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	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 繼続 <input type="checkbox"/> 利用再開 <input type="checkbox"/> 利用停止 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	
【変更内容】	<input type="checkbox"/> 部署・所属異動 <input type="checkbox"/> 改姓 <input type="checkbox"/> 職員番号 <input type="checkbox"/> 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

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/をしてください。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  
自署の場合不可