

様式第1号（第5条関係）

大垣市民病院医療連携ネットワークシステム  
利用者登録申請書兼誓約書

大垣市民病院長 様

大垣市民病院医療連携ネットワークシステムの趣旨、利用規定を理解したうえで、本システムを利用するため、利用者の登録を申請します。

また、大垣市民病院医療連携ネットワークシステムの利用にあたっては、関連法規や利用規定等を遵守し、当医療機関内での大垣市民病院医療連携ネットワークシステムの利用に伴う責任を負うことを誓約します。

申請日：\_\_\_\_\_年 月 日

利用者氏名：<sup>フリガナ</sup>\_\_\_\_\_ 男・女 生年月日：\_\_\_\_\_年 月 日

医療機関名：\_\_\_\_\_

所在地：\_\_\_\_\_

電話：( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_ FAX：( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_

<利用者登録の申請者様へ>

\*\*\*本書は、大垣市民病院よろず相談・地域連携課へご提出ください\*\*\*

\*\*\*裏面の、「利用環境の調査票」への記載も合わせてお願いします\*\*\*

\*\*\*申請後、利用申請結果通知書にて、利用の適否を通知します。\*\*\*

（大垣市民病院取扱欄）

<登録>

受理日：\_\_\_\_\_年 月 日

よろず相談・地域連携課	医事課 医療情報グループ
処理日	処理日

\*本書原本は、よろず相談・地域連携課にて保管



様式第2号の1 (第5条関係)

大垣市民病院医療連携ネットワークシステム利用申請結果通知書

申請日：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

住 所：\_\_\_\_\_

医療機関名：\_\_\_\_\_

利用者氏名：\_\_\_\_\_

上記の者を大垣市民病院医療連携ネットワークシステムの利用者として適任と認め、利用を許可します。  
なお、利用にかかる、ID・パスワードは次のとおりです。

OVPN 利用者 ID :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OVPN パスワード :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
○医療機関 ID :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
○システム利用者 ID :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
○システムパスワード :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

年 月 日

大垣市南類町4丁目86番地

大垣市民病院 院長 \_\_\_\_\_

様式第2号の2（第5条関係）

大垣市民病院医療連携ネットワークシステム利用申請結果通知書

申請日：\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

住 所：\_\_\_\_\_

医療機関名：\_\_\_\_\_

利用者氏名：\_\_\_\_\_

上記の者を大垣市民病院医療連携ネットワークシステムの利用者として適任ではないため許可しないものとする。理由は次のとおりです。

年 月 日

大垣市南類町4丁目86番地

大垣市民病院 院長 \_\_\_\_\_

様式第3号 (第5条関係)

大垣市民病院医療連携ネットワークシステム  
利用者登録廃止届

大垣市民病院長 様

大垣市民病院医療連携ネットワークシステムの利用を取り止めるため、利用者登録廃止の届出をします。

申請日：\_\_\_\_\_年 月 日

フリガナ  
利用者氏名：\_\_\_\_\_ 男・女 生年月日：\_\_\_\_\_年 月 日

医療機関名：\_\_\_\_\_  
〒

所在地：\_\_\_\_\_

電話：( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_ FAX：( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_

<利用者登録廃止の届出者様へ>

\*\*\*本書は、大垣市民病院よろず相談・地域連携課へご提出ください\*\*\*

(大垣市民病院取扱欄)

<廃止>

受理日：\_\_\_\_\_年 月 日

よろず相談・地域連携課	医事課 医療情報グループ
処理日	処理日

\*本書原本は、よろず相談・地域連携課にて保管

大垣市民病院医療連携ネットワークシステム

患者同意書

大垣市民病院長 様

私は下記の主治医から、医療連携ネットワークシステムに関する説明並びに説明文書の交付を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、下記の医療機関において、大垣市民病院医療連携ネットワークシステムに参加し、大垣市民病院で保存する私の診療情報が下記の医療機関に提供され、私の受ける診療に活用されることに同意します。

<患者記載欄>

_____ 年            月            日
フリガナ 患者氏名： _____ (自署)    男・女
生年月日： _____ 年            月            日
(代理人氏名： _____ 続柄： _____)

<主治医記載欄>

説明した主治医氏名： _____ (自署)
情報提供を受ける かかりつけ医療機関名： _____
所在地： 〒 _____
電 話： (        )        -        FAX： (        )        -

\* 本書原本は大垣市民病院よろず相談・地域連携課へご提出ください。控えが必要な場合は、本書のコピーを所属の医療機関に保管してください。

(大垣市民病院取扱欄)

<同意>

受 理 日：            年            月            日

よろず相談・地域連携課 処理日
--------------------

\* 本書原本はよろず相談・地域連携課にて保管

大垣市民病院医療連携ネットワークシステム

患者同意書

大垣市民病院長 様

私は下記の医師の代理説明者から、医療連携ネットワークシステムに関する説明並びに説明文書の交付を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、下記の医療機関において、大垣市民病院医療連携ネットワークシステムに参加し、大垣市民病院で保存する私の診療情報が下記の医療機関に提供され、私の受ける診療に活用されることに同意します。

<患者記載欄>

_____ 年 _____ 月 _____ 日
フリガナ 患者氏名： _____ (自署) 男・女
生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
(代理人氏名： _____ 続柄： _____)

<大垣市民病院記載欄>

医師氏名： _____ 地域医療連携部長
代理説明者氏名： _____ 看護師・医療ソーシャルワーカー (MSW)
情報提供を受ける かかりつけ医療機関名： _____
所在地： 〒 _____
電話： ( _____ ) _____ - _____ FAX： ( _____ ) _____ - _____

(大垣市民病院取扱欄)

<同意>

よろず相談・地域連携課
処理日

\*本書原本はよろず相談・地域連携課にて保管

大垣市民病院医療連携ネットワークシステム  
患者同意撤回届

大垣市民病院長 様

私は、下記の主治医から説明を受け、下記の医療機関において大垣市民病院医療連携ネットワークシステムに参加しておりましたが、参加の同意について撤回します。

<患者記載欄>

_____年 _____月 _____日
フリガナ 患者氏名： _____ (自署) 男・女
生年月日： _____年 _____月 _____日
(代理人氏名： _____ 続柄： _____)

<主治医記載欄>

説明した主治医氏名： _____ (自署)
情報提供を受ける
かかりつけ医療機関名： _____
所在地： 〒 _____
電話： ( _____ ) _____ - _____ FAX： ( _____ ) _____ - _____

\* 本書原本は大垣市民病院よろず相談・地域連携課へご提出ください。控えが必要な場合は、本書のコピーを所属の医療機関に保管してください。

(大垣市民病院取扱欄)

<撤回>

受 理 日： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

よろず相談・地域連携課
処理日

\* 本書原本はよろず相談・地域連携課にて保管



大垣市民病院医療連携ネットワークシステム  
患者同意撤回届

大垣市民病院長 様

私は、下記の医師の代理説明者から説明を受け、下記の医療機関において大垣市民病院医療連携ネットワークシステムに参加しておりましたが、参加の同意について撤回します。

<患者記載欄>

_____年 _____月 _____日
フリガナ 患者氏名： _____ (自署) 男・女
生年月日： _____年 _____月 _____日
(代理人氏名： _____ 続柄： _____)

<大垣市民病院記載欄>

医師氏名： _____ 地域医療連携部長 傍島 裕司
代理説明者氏名： _____ 看護師・医療ソーシャルワーカー (MSW)
情報提供を受ける
かかりつけ医療機関名： _____
所在地： 〒 _____
電話： ( _____ ) - _____ FAX： ( _____ ) - _____

(大垣市民病院取扱欄)

<撤回>

よろず相談・地域連携課
処理日

\* 本書原本はよろず相談・地域連携課にて保管

様式第6号（第15条・第17条関係）

年 月 日

個人情報外部提供申請書

大垣市長 様

(申請者) 住 所

医療機関名

医師氏名

個人情報の保護に関する法律第27条第1項の規定により本人同意を得たため、次のとおり個人情報の外部提供の申請をします。

同意患者	住 所 氏 名 連絡先
個人情報の名称	大垣市民病院で保存する診療情報
個人情報の媒体	インターネット回線を利用した電子媒体
個人情報の内容	『大垣市民病院医療連携システム利用規定』第9条に規定する全ての情報
利用目的	大垣市民病院で保存する質の高い診療情報を、迅速かつ正確に診療所における治療に活かすため。
利用方法	かかりつけ医が診療所の端末にて閲覧利用する。
管理方法	かかりつけ医以外の者が覗き見しないよう管理し、診療情報の流出を防止する。端末内への保存あるいは紙媒体への出力による保管することを禁止する。
利用年月日	年 月 日 から 年 月 日 まで