

医学部附属病院医療情報システム利用申請書

医療情報部長 所属

申請日と同じ日付のご記入をお願いします。

赤の箇所のみご記入をお願いします。

該当の箇所にチェックをお願いします。

病院医療システム運用管理センターにて申請します。

終了予定の日付のご記入をお願いします。

所属病院医療情報

申請内容	申請日(西暦)		●	●	●	整理番号	
	申請区分		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 停止				治験薬名
	利用開始日(西暦)		●	●	●		
	利用終了日(西暦)		●	●	●		
所 属	職 名	連絡先 (内線・スマホ)		(フリガナ)	● ● ● ●		
会社名		連絡先 1		氏 名	● ● ● ●		
連絡先 2							
学内認証ネットワーク ID (メールアドレス) ¹⁾			職員 (学籍) 番号				
停止の場合、ご記入をお願いします。			@u-fukui.ac.jp		● / ● / ●		
			生年月日				
			所属病棟 (初期表示) ³⁾				
設定項目	区分	医師 (教員・医員)	医師 (研修医)	医師 (その他)			
		看護師 (師長等)	看護 師	薬 剤 師	臨床検査技師		
		放 射線技師	臨床工学技士	理 学療法士	作 業療法士		
		言 語聴覚士	視 能訓練士	管 理栄養士	栄 養部職員		
		歯 科衛生士	臨 床心理士	MSW	PSW		
		地域連携担当	診療情報管理部	外 来 受 付	フロアアシスタント		
		事 務 職 員	学生 (医学科)	学生 (看護学科)	その他 ()		
情報管理責任者 ⁵⁾		所 属	職 名	連 絡 先	氏 名		
		医学研究支援センター		3209	藤枝 重治		

[注意] (記入上)

- 1 学内ネットワーク認証 ID(メールアドレス)は、総合情報基盤センターに申請して付与された ID を記入すること。(承認書を確認の上、記入してください。)
- 学内ネットワーク認証 ID(メールアドレス)を申請中の場合、「申請中」に「レ」をつけること。
- 2 所属臓器別診療科は、主となる臓器別診療科を1つ記入すること。
- 3 医師 (その他) は、非常勤医師、診療関与である。
- 4 看護部の病棟勤務者は所属病棟、外来勤務者は所属臓器別診療科を記入すること。
- 5 変更申請の場合は、申請理由を記入の上、変更箇所を赤色で記入すること。
- 6 情報管理責任者は、医療情報システム運用管理要項第 6 条 3 項に定める者とする。

(運用上)

- 1 承認後、記載内容に変更が生じた場合は再申請すること。
- 2 医療情報部長は本届出による個人情報に関して、次に掲げるものの他、福井大学及び医療情報部の規則及び医療情報部利用規細則などの定めによる場合には開示できるものとする。
本件で申請した個人情報に関しては、医療情報部に問い合わせるものとする。
- ・ 捜査機関が裁判所の令状を提示して操作のために必要とした場合
- ・ 医療情報システムの保全及び修復のための契約に基づき、契約相手に通知する場合
- ・ 医療情報システムの保全作業を福井大学職員が行うために必要な場合

(以下は記入しないこと)

受付番号 (承認番号)	第 号	登録職員 ID (SH_ID)			総情基盤セ
		部 長	副部長	業務担当	入力者
受付年月日	年 月 日				
承認年月日	年 月 日				