

筑西市在宅医療・介護連携に係る 情報共有システム利用の手引き

筑西市地域医療推進課
令和6年12月



利用手引き

■目 次

はじめに	P 2
0 情報共有システムとは	P 2
1 利用登録の流れ	P 3
2 各種様式・提出先について	P 4
3 セキュリティ強化に関する取組み	P 6
4 電子証明書のインストール方法	P 7
5 「部屋」の開設方法	P 8
6 「部屋」への参加と「部屋」の終了	P 9
7 導入に係る必要な設備及び費用負担	P 10
8 システム利用に係る規定	P 11
9 システム利用に関する誓約事項	P 12
10 各種リンクと問合せ先	P 13
11 様式集	P 14～

～ はじめに ～

今後高齢化が進展し、医療と介護の両方のニーズを有する高齢者の増加が予想される中で、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けていけるように、医療従事者と介護従事者が互いに連携を図り、患者(利用者)や家族に寄り添った医療・介護サービスが一体的に提供されることが求められます。

そのため、筑西市では、患者(利用者)の在宅療養生活を支えるために、状態の変化に応じ、医療・介護従事者間での速やかな情報共有の効率化及び支援の質の向上を図ることを目的として、情報共有システムを導入することとしました。

本手引きは、この情報共有システムを適切に利用できるように必要な事項を定めたものです。

0 情報共有システムとは

患者、要介護者等の情報を関係者間で共有することができるクラウドサービス(インターネット回線を利用して情報共有を行う)です。

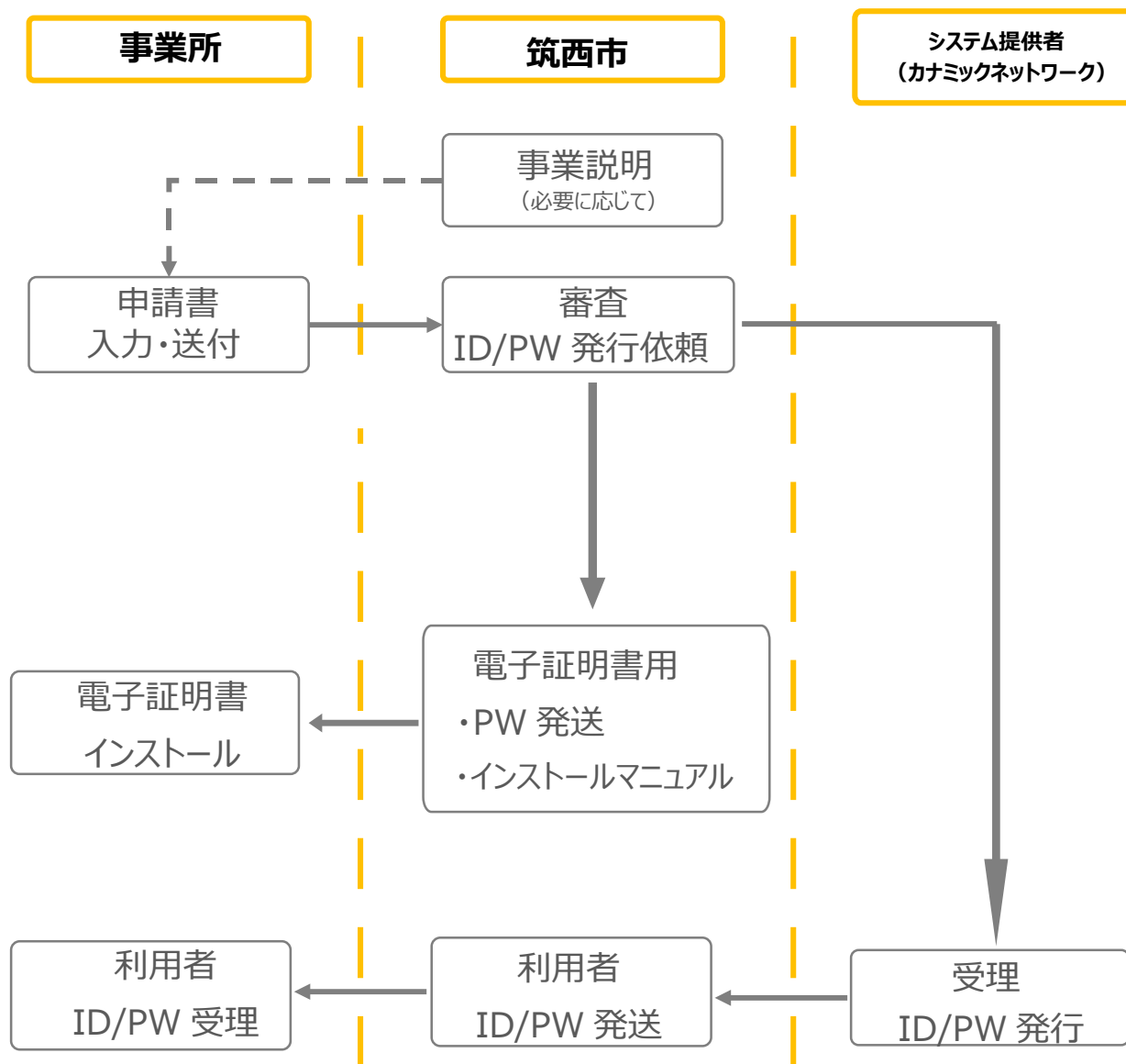
システムを利用することにより支援のために必要な情報が速やかに共有され、機関やサービス種別を超えた多職種連携を容易にし、一貫した支援ができます。

患者、要介護者等の基本情報や医療・介護情報、日々のバイタル記録などの情報が関係者間で共有できます。

情報共有システムは(株)カナミックネットワークが提供する「カナミッククラウドサービス」を使用しています。



1 利用登録の流れ



■登録手順

- ①様式1-2又は様式2-2A及び様式4の送付と電子証明書用PWの取得
- ②電子証明書のインストール
- ③システム利用者用ID／PWの取得

2 各種様式・提出先について

用 途	提出書類
○利用登録	【医療機関・介護事業所共通】 情報共有システム利用登録申請書（様式4） （注）様式1－2又は様式2－2A、様式5、 様式6と併せて提出
○利用削除	【医療機関・介護事業所共通】 情報連携システムID停止依頼書（様式3） （注）市の利用登録削除・患者部屋の登録削除も 兼ねる
○個人情報の取扱いに関する 誓約書（代表者用）	【医療機関・介護事業所共通】 個人情報の取扱いに関する誓約書（様式5）
○個人情報の取扱いに関する 誓約書（従事者用）	【医療機関・介護事業所共通】 個人情報の取扱いに関する誓約書（様式6）
○ID発行	【医療機関】 情報共有システム利用登録依頼書（様式1－2） 【介護事業所】 ICT情報連携システム利用事業所のID発行 依頼書（様式2－2A）
○ID削除	【医療機関・介護事業所共通】 情報連携システムID停止依頼書（様式3）
○事業所情報・登録者の変更	【医療機関・介護事業所共通】 情報共有システム登録事項変更申請書（様式7）
○患者（利用者）から情報共有 に係る同意を取得	【医療機関・介護事業所共通】 情報共有システム情報共有同意書（様式8）
○患者（利用者）部屋の 開設・部屋利用者の追加	【医療機関・介護事業所共通】 患者（利用者）部屋作成・追加依頼書（様式9）
○患者（利用者）部屋の削除	【医療機関・介護事業所共通】 提出不要 システム内多職種連携ノートに終了事由を明記 し、市へ連絡

<書類の提出先>

メールアドレス iryosui@city.chikusei.lg.jp

※eメールを利用できない場合は、郵送又は窓口持参にて提出

〒308-8616

住 所：筑西市丙360番地

宛 先：筑西市地域医療推進課 在宅医療・介護連携システム担当宛

■提出書類一覧表（※様式集はP. 14～参照）

申請様式 処理内容		システム登録【医療機関】	システム登録【介護事業所】	システム登録事項変更【医療機関】	システム登録変更事項【介護事業所】	システムおよび患者部屋利用者削除	患者部屋作成および部屋利用者追加	患者部屋利用者変更・追加
1	情報共有システム利用登録申請書 （様式4）	○	○					
2	個人情報の取扱いに関する誓約書（様式5） ※代表者用	○	○					
3	個人情報の取扱いに関する誓約書（様式6） 写し ※従事者用（事業所保管）	○	○					
4	カナミックネットワーク会員専用様式 情報共有システム利用登録依頼書 （様式1－2）	○		○				
5	カナミックネットワーク会員専用様式 ICT情報連携システム利用事業所のID 発行依頼書（様式2－2A）		○		○			
6	情報共有システム登録事項変更申請書 （様式7）			○	○			△
7	カナミックネットワーク会員専用様式 情報連携システムID停止依頼書（様式3）					○		
8	情報共有システム情報共有同意書（様式8）						○	
9	患者（利用者）部屋作成・追加依頼書 （様式9）						○	○

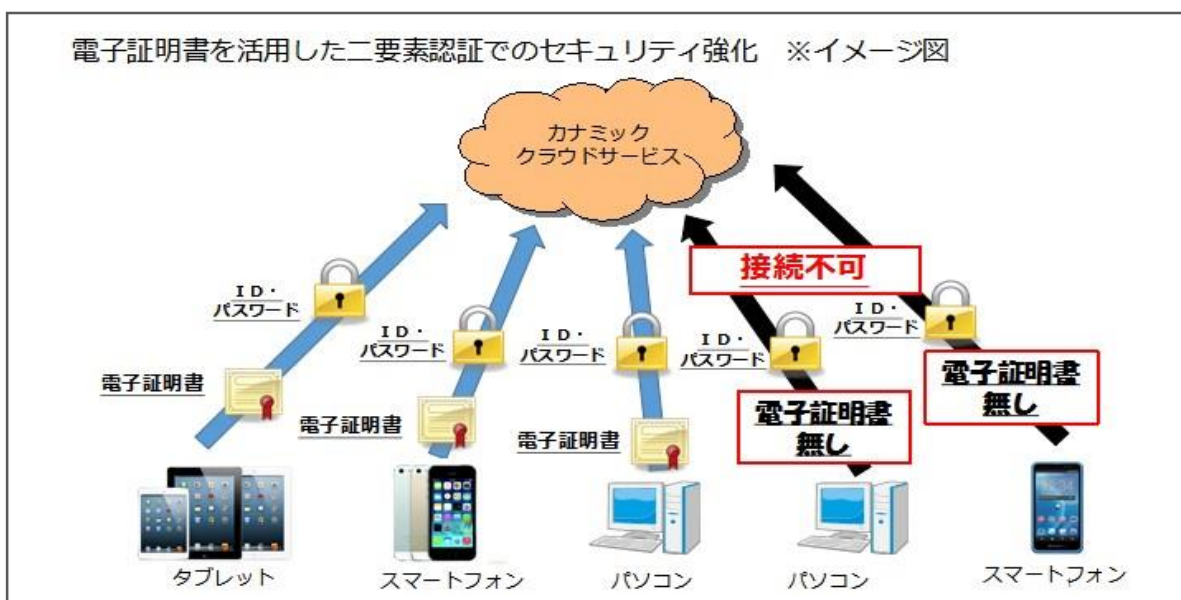
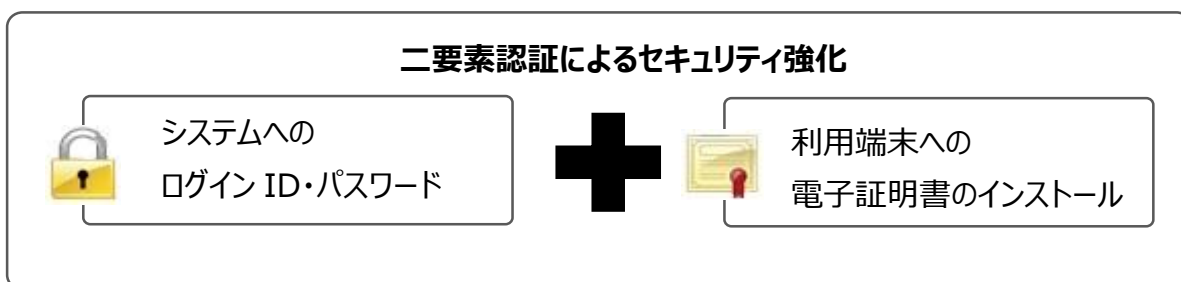
※必要書類を該当欄「○」で確認いただき、漏れがないようご提出願います。

※△ システム登録事業所内のシステム登録者の追加による患者部屋の追加登録の申請を兼ねる。

3 セキュリティ強化に関する取組み

■二要素認証

情報共有システムでは機微な個人情報を扱うため、二要素認証によりセキュリティを強化しています。



■招待制

情報共有システムは、患者（利用者）ごとに「患者部屋」を作成し、その「部屋」は招待された関係者のみ閲覧・入力することができます。

4 電子証明書のインストール方法

■電子証明書のインストール方法

電子証明書のインストール方法は、使用する端末のOS等によって異なります。
インストールマニュアル(PDF版)をご用意しておりますので、ご参照ください。

※利用する端末毎にインストールが必要です。

■電子証明書の再インストールが必要な場合

- ①パソコン等使用機器の入替えがあったとき
- ②電子証明書の更新があったとき（筑西市からご連絡します）

5 「部屋」の開設方法

■「部屋」とは

患者（利用者）毎に「部屋」を作成し、「部屋」に関係者を招待することで情報共有が可能になります。

■「部屋」開設に必要なこと

患者（利用者）、家族の同意

■「部屋」開設の流れ

①担当国会議等で情報共有システム利用を検討



- ・患者本人、家族からシステム利用の同意を得てください。
- ・ID・パスワードの交付を受けていない場合、3ページのフローを参照し、システムの利用登録申請を行ってください。



②地域医療推進課に「部屋」開設の依頼



- ・様式8，様式9を地域医療推進課宛に提出します。

③「部屋」開設

- ・地域医療推進課にて部屋を開設し、申請者に連絡します。

■こんな時はぜひご利用ください

○患者（利用者）に関わる事業所が多い時

→1回の連絡で、複数の事業所に伝わります。

○病院から退院する時

→変化の多い時期に、情報をリアルタイムに共有できます。

○効果的な情報共有ができる事例

- ・ターミナルの患者
- ・リハビリを実施している患者
- ・褥瘡のある患者
- ・独居や高齢者世帯で認知症がある

6 「部屋」への参加と「部屋」の終了

■「部屋」への参加の流れ

①担当者の変更やサービスの追加があり、新たに「部屋」に参加したい



②地域医療推進課に変更・追加を依頼



- ・様式7または様式9を地域医療推進課宛に提出
- ・地域医療推進課にて参加者の変更・追加をします

※ID・パスワードの交付を受けていない場合、3ページのフローを参照し、システムの利用登録申請をしていただくよう、説明してください。

■「部屋」の終了

①在宅サービスの終了（利用者死亡、入所など）



地域医療推進課に「部屋」の終了（削除）を依頼



- ・システム内多職種情報連携シートにて、終了事由を明記し投稿。その後、地域医療推進課に連絡
- ・地域医療推進課にて、「部屋」を終了（削除）します。

7 導入に係る必要な設備及び費用負担

■設備

システムを利用するためのパソコン又はタブレット端末等は、システム利用者が準備をしてください。

システム利用に係る動作環境は以下のとおりです。

<推奨ブラウザ>

クライアントOS (オペレーティングシステム)	ウェブブラウザ
Microsoft Windows	Microsoft Edge, Google Chrome
iOS	Safari, Google Chrome
Android	Google Chrome

(参照) カナミックシステム推奨環境を記したウェブサイト

<https://www.kanamic.net/help/spec.html>

■費用負担

システムの利用料は管理者である筑西市が負担するため、システム利用者の負担はありません。

インターネットの回線使用料及びインターネット環境を維持するための費用は、システム利用者の負担となります。

8 システム利用に係る規定

■システム利用者の責務

- ①システム利用登録手続きを行い、システム利用者ごとにIDを取得する。
- ②システム利用者（ID取得者）は、IDの登録変更・削除は速やかに手続きをする。
- ④個人データの機密性及び正確性の確保に努める。
- ⑤システムを利用するために使用するネットワーク及び情報機器等について、システム提供者から事前に安全性の検査を受け承認されなければならない。
- ⑥システムの目的外利用及び部外者に使用させてはならない。
- ⑦システム利用にあたっては、「[カナミッククラウドサービス利用規約](#)」を遵守すること。

■筑西市（ユーザー管理者）の責務

- ①システム利用者の氏名及び職種、事業所、人数を把握し、適切に管理する。
- ②システム利用登録（削除）手続きの窓口業務を所掌する。
- ③システムの利用にあたっては、「[カナミッククラウドサービス利用規約](#)」を遵守する。

■（株）カナミックネットワーク（サービス提供者）の責務

- ①システムの安定かつ効果的な利用が継続的にできるよう管理する。
- ②ID及びパスワードを発行しシステムの適正な利用環境を確保する。
- ③システム利用方法やサービス利用に関する各種問い合わせに対応する。
- ④個人データの機密性及び正確性の確保に努める。

9 システム利用に関する誓約事項

- ①使用している情報機器の故障、通信障害等が生じた場合は、速やかに筑西市に報告するとともに復旧解決方を講じます。
- ②システムの利用に際して使用するID及びパスワードは、事業所内のシステム利用者の利用状況を適正に把握し、部外者に利用させることのないように適切に管理します。
- ③使用する情報機器及びネットワークは、筑西市が指定するセキュリティ要件を満たす環境のもとで利用します。
- ④法人内及び事業所内でシステムの利用の許可を得たうえで利用します。
- ⑤厚生労働省が定める「医療・介護関係事業所における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守します。
- ⑥システムの利用を終了するときは、速やかに筑西市に報告しシステム利用者登録削除の手続きをします。
- ⑦個人情報については、あらかじめ承諾を得た関係者と情報共有し、部外者に個人情報等が漏洩することのないよう適正に管理します。
- ⑧システムの利用に際して知り得た個人情報等については、利用が終了した後においても継続して部外者に漏洩することのないよう機密性を保持します。
- ⑨個人情報等については、目的外に利用はしません。
- ⑩システムに登録する情報は、正確な内容を入力することに努めます。
- ⑪システム利用に係る規定を遵守し、これに違反のある場合には、利用申請の却下及び利用停止等になることに承諾します。
- ⑫IDの新規発行・削除、事業所情報の変更等の手続きに関しては、事業所管理又は事業所が定めるシステム管理者に委任します。

<参考>2022 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第5.2版 厚生労働省

6.9 情報及び情報機器の持ち出しについて (C. 最低限のガイドライン P35)

6. 情報機器に対して起動パスワードを設定すること。設定にあたっては推定しやすいパスワード等の利用を避けたり、定期的にパスワードを変更する等の措置を行うこと。

6.9 情報及び情報機器の持ち出しについて (D. 推奨されるガイドライン P36)

4. ノートパソコン、スマートフォン、タブレット等を持ち出して使用する場合、次に掲げる対策を実施すること。

- (1) 紛失、盗難の可能性を十分考慮し、可能な限り端末内に医療情報を置かないこと。
やむを得ず医療情報が端末内に存在する場合や、当該端末を利用すれば容易に医療情報にアクセスできる場合は、一定回数パスワード入力を誤った場合に端末を初期化する等の対策を行うこと。
- (2) BYOD(※)を行う場合は、管理者以外による端末のOSの設定の変更を技術的あるいは運用管理上で制御する等、適切な技術的対策や運用による対策を選択・採用し、十分な安全性が確保された上で行うこと。

※BYODとは、個人の所有する、あるいは個人の管理下にある端末を利用すること

10 各種リンクと問合せ先

■リンク集

- ①筑西市ホームページ（在宅医療・介護連携推進事業）

<https://www.city.chikusei.lg.jp/page/page002530.html>

- ②カナミッククラウドサービス利用規約

<https://portal.kanamic.net/tritrus/rule/rule.html>

- ③医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン

<https://www.mhlw.go.jp/content/001120905.pdf>

- ④医療情報システムの安全管理に関するガイドライン

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275_00006.html

■問合せ先

- ①本事業に関する問合せ

筑西市保健福祉部地域医療推進課

所在地：〒308－8616

茨城県筑西市丙360番地

電 話：0296－22－0535

FAX：0296－25－2913

e-mail：irynosui@city.chikusei.lg.jp

- ②システムの操作方法やトラブルに関する問合せ

(株)カナミックネットワーク システムサポート

電 話：050－5306－5209

メール：システム「カナミッククラウドサービス」内のお問い合わせフォーム

URL：<http://www.kanamic.net>

(サポート時間)

平日9時～12時、13時～18時

(土日祝日、GW、夏季休業、年末年始を除く)

11 様式集

カナミックネットワーク
会員専用

様式1-2

情報共有システム利用登録依頼書(PKI 認証)

カナミックネットワーク会員情報

貴法人・部署名	筑西市保健福祉部地域医療推進課
ご担当者名	在宅医療・介護連携システム担当者
ご連絡先	TEL 0296-22-0535 FAX 0296-25-2913

*****情報共有システム ID 発行依頼先情報*****

西暦 年 月 日

※法人の場合は法人名もご記入ください

医療機関・法人情報	(フリガナ) 医療機関名 (法人名等)	
	(フリガナ) 代表者名	印
	住 所	〒
	電話番号	

No.	(フリガナ) システム利用者氏名	職 種
1	(フリガナ)	医師・看護師・薬剤師
	(氏 名)	その他()
2	(フリガナ)	医師・看護師・薬剤師
	(氏 名)	その他()
3	(フリガナ)	医師・看護師・薬剤師
	(氏 名)	その他()
4	(フリガナ)	医師・看護師・薬剤師
	(氏 名)	その他()
5	(フリガナ)	医師・看護師・薬剤師
	(氏 名)	その他()

備考

Ver.20130322

カナミック使用欄

☒事業所登録 ☒スタッフ登録 ☒PKI 認証(個人) ☒利用者コミュニティ:一般 ☐ICT 情報連携
☒事業所管理設定

様式2-2A

ICT 情報連携システム利用事業所のID発行依頼書(PKI 認証)

依頼者情報

法人名・部署名	筑西市保健福祉部地域医療推進課
担当者名	在宅医療・介護連携システム担当者
連絡先	TEL 0296-22-0535 FAX 0296-25-2913

*****サービス事業所用 連携ID発行先情報*****

ご記入日: 西暦 年 月 日

※法人名の記入および代表者印をご捺印ください。

法人情報	(フリガナ) 法人名	
	(フリガナ) 代表者名	印
	主たる住所地	〒
	電話番号	

事業所情報	事業所名												
	事業所番号											電話番号	
	事業所住所												
	サービス種類 (予防も含む)	☐ 居宅介護支援事業所 ☐ 地域包括支援センター ☐ 訪問介護 ☐ 訪問入浴 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問リハ ☐ 夜間対応型訪問介護 ☐ 定期巡回 ☐ 通所介護 ☐ 通所リハ ☐ 認知通所 ☐ 福祉用具 ☐ 短期入所 ☐ 短期入所(老健) ☐ 小規模多機能 ☐ 看護小規模多機能 ☐ 地域通所 ☐ 総合事業サービス(訪問型) ☐ 総合事業サービス(通所型) ☐ 上記にないサービス()											

No.	(フリガナ) システム利用者情報	No.	(フリガナ) システム利用者情報
1	(フリガナ) (氏 名)	4	(フリガナ) (氏 名)
	ICT 情報連携 : 希望する / 希望しない		ICT 情報連携 : 希望する / 希望しない
2	(フリガナ) (氏 名)	5	(フリガナ) (氏 名)
	ICT 情報連携 : 希望する / 希望しない		ICT 情報連携 : 希望する / 希望しない
3	(フリガナ) (氏 名)	6	(フリガナ) (氏 名)
	ICT 情報連携 : 希望する / 希望しない		ICT 情報連携 : 希望する / 希望しない

・ICT 情報連携:居宅とサービス事業所間におけるケアプランデータ連携機能です。

1事業所で管理者様や請求ご担当者 1~2 名程度のご登録をお願い致します。

備考

カナミック使用欄

☒事業所登録
 ☒スタッフ登録
 ☒PKI 認証 (個人)
 ☒利用者コミュニティ:一般
 ☒ICT 情報連携
 ☒事業所管理設定

様式 3

情報連携システム ID 停止依頼書

カナミックネットワーク会員情報

法人名・部署名	筑西市保健福祉部地域医療推進課
担当者名	在宅医療・介護連携システム担当者
連絡先	TEL 0296-22-0535 FAX 0296-25-2913

*****情報共有システム ID 停止先情報*****

ご記入日: 西暦 年 月 日

※法人もしくは医療機関情報をご記入ください。

法人・医療機関情報	(フリガナ) 法人・医療機関名	
	(フリガナ) 代表者名	
	住 所	〒
	電話番号	

No.	(フリガナ) システム利用者氏名	職 種 等 ※介護事業所の場合は事業所名・事業所番号もご記入ください
1	(フリガナ)	職種 (医師・看護師・ケアマネジャー・ その他:)
	(氏 名)	介護事業所名 :
		介護事業所番号:
2	(フリガナ)	職種 (医師・看護師・ケアマネジャー・ その他:)
	(氏 名)	介護事業所名 :
		介護事業所番号:
3	(フリガナ)	職種 (医師・看護師・ケアマネジャー その他:)
	(氏 名)	介護事業所名 :
		介護事業所番号:

◆情報連携システム ID 停止年月日【西暦 年 月 日】

※上記停止年月日が空欄の場合は、即日の停止といたしますので予めご了承ください。

【ご注意】ID 停止年月日の翌日より、情報連携システムに参加することができなくなりますが、各コミュニティおよびケアレポートには参加しているように見えるため、各コミュニティおよびケアレポートの参加終了期間を設定してください。

Ver.20130401

様式 4 (システム利用機関 ⇒ 原本 筑西市提出
複写 システム利用機関保管)

情報共有システム利用登録申請書

年 月 日

筑西市長 様

情報共有システムの利用について、裏面の誓約事項を遵守することに同意し、次のとおり申請します。

申請者 (法人又は個人)		代表者名			
登 録 事 項	登録機関名称				
	※登録機関 種別	1. 病院 2. 診療所 3. 訪問看護ステーション 4. 薬局 5. 地域包括 6. 居宅介護支援 7. 訪問介護 8. 訪問入浴 9. 訪問リハビリ 10. 通所介護 11. 通所リハビリ 12. 短期入所 13. 福祉用具貸与・販売 14. 介護老人福祉施設 15. 介護老人保健施設 16. 特定施設 17. 認知症対応型共同生活介護 18. 小規模多機能居宅介護 19. その他 ()			
	医療機関番号				
	介護事業所番号				
	所 在 地	〒			
	電話番号			F A X	
	E-mail				
	管理者名			運用責任者名	
	区 分	氏 名	職 種	※システム利用機器	※電子証明書
	登録	(かな)		パソコン・タブレット・ スマートフォン	済 ・ 未
登録	(かな)		パソコン・タブレット・ スマートフォン	済 ・ 未	
登録	(かな)		パソコン・タブレット・ スマートフォン	済 ・ 未	
登録	(かな)		パソコン・タブレット・ スマートフォン	済 ・ 未	
登録	(かな)		パソコン・タブレット・ スマートフォン	済 ・ 未	
登録	(かな)		パソコン・タブレット・ スマートフォン	済 ・ 未	

※機関種別、区分、システム利用機器、電子証明書の欄は該当する項目に○をしてください。

※電子証明書「未」と選択された方は、電子証明書インストール用 ID を送付します。

様式 4 (システム利用機関⇒原本 筑西市提出
複写 システム利用機関保管)

＜情報共有システム利用に関する誓約事項＞

1. 事故等により障害が発生し問題が生じた場合は、速やかに筑西市長に報告するとともに復旧解決方を講じます。
2. 情報共有システムの利用に際して使用する I D 及びパスワードは、事業所内のシステム利用者の利用状況を適正に把握し、部外者に利用されることのないよう適切に管理します。
3. 使用する情報機器及びネットワークは、筑西市長が指定するセキュリティ要件を満たす環境のもとで利用します。
4. 情報共有システムの利用は、登録申請をしたシステム利用機器（端末）のみとします。
その端末には電子証明書をインストールし、「電子証明書専用ログイン」を介しての利用とします。
5. 厚生労働省が定める「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守します。
6. 情報共有システムの利用を終えるときは、速やかに筑西市長に報告し、システム利用者登録削除の手続きをします。
7. 個人情報等については、あらかじめ承諾を得た関係者と情報を共有し、部外者に個人情報等が漏洩することのないよう適正に管理します。
8. 情報共有システムの利用に際して知り得た個人情報等については、利用が終了した後においても継続して部外者に漏洩することのないよう機密性を保持します。
9. 個人情報等については、目的外に利用は致しません。
10. 情報共有システムに登録する情報は正確な内容を入力することに努めます。
11. 情報共有システム利用に係る規定を遵守し、これに違反のある場合には、利用申請の却下及び利用停止等となることに承諾します。

様式5（システム利用機関⇒

原本
複写

 筑西市提出
システム利用機関保管）【システム利用登録時】

個人情報の取扱いに関する誓約書

筑西市長 様

私は、当機関における情報共有システムの利用において、知り得た患者（利用者）及びその家族に関する個人情報については、個人情報の適切な取扱い方針を遵守し、個人情報を適正に管理することを誓約します。

年 月 日

誓約者 機関名：_____
代表者名：_____

様式6 (システム利用機関 ⇒

複写
原本

 筑西市提出
システム利用機関保管)
【システム利用登録時、システム利用者追加時】

個人情報の取扱いに関する誓約書

機関名：_____

代表者名：_____様

私は、当機関の従事者として、情報共有システムの利用において、知り得た患者(利用者)及びその家族に関する個人情報については、個人情報の適切な取扱い方針を遵守し、個人情報を適切に管理することを誓約します。

また、在職中及び退職後も第三者に故意又は過失により開示、提供又は漏えいしたり、自ら使用しないことを誓約します。

年 月 日

誓約者

従事者名：_____

従事者名：_____

従事者名：_____

従事者名：_____

従事者名：_____

従事者名：_____

従事者名：_____

様式 7 (システム利用機関 ⇒

原本
複写

 筑西市提出
システム利用機関保管)

情報共有システム登録事項変更申請書

年 月 日

筑西市長 様

情報共有システムの利用について、次のとおり変更を申請します。
 なお、当事業所が登録している患者部屋への利用者の変更を併せて申請します。

申請者 (法人又は個人)		代表者名	
登録機関名称			

No ※	変更があった事項	変更の内容	
		変更前	変更後
1	機関の名称		
2	機関の所在地、連絡先		
3	申請者の名称		
4	代表者の氏名		
5	管理者の氏名		
6	運用責任者の氏名		
7	システム利用者の氏名		
8	システム利用機器		
9	その他		
変更年月日		年 月 日	

※該当する No に○をしてください。

様式8（主治医、ケアマネジャー、訪問看護師 ⇒ 原本 筑西市提出
複写 主治医、ケアマネジャー、訪問看護師保管）【患者（利用者）登録時】

情報共有システム情報共有同意書

筑西市長 様

私は、筑西市の運営する情報共有システムに関する説明を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、私の医療・介護に関する情報が、連携する医療機関・介護事業所との間で共有されることに同意します。

また、システムに登録された情報が、システム管理者である筑西市との間で共有されることに併せて同意します。

年 月 日

同意者 患者(利用者)署名： _____
(代理人記載の場合)
代理人署名： _____
患者(利用者)から見た代理人の続柄： _____

説明者 機関名： _____
氏 名： _____

患者(利用者)様の情報を共有する機関

No	機関名	No	機関名
1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
5		10	

様式9（主治医、ケアマネジャー、訪問看護師 ⇒原本 筑西市提出

複写 主治医、ケアマネジャー、訪問看護師保管）【患者（利用者）登録時】

患者(利用者)部屋作成・追加依頼書

年 月 日

筑西市長 様

個人情報の適切な取扱い方針を準拠し、情報共有システムにおける患者(利用者)部屋の 作成 ・ 利用者追加 について、次のとおり申請します。

申請者 (法人又は個人)		代表者名	
登録機関名称			

患 者 (利 用 者)	氏 名	(かな)	性 別	男 ・ 女
	生年月日	明 治 ・ 大 正 ・ 昭 和 ・ 平 成	年 月 日	
	所 在 地	〒 茨城県筑西市		
	連 絡 先	TEL		
	医療保険（*任意）	被保険者番号（ 加入なし・国保・協会健保・組合健保・各種共済・後期高齢		
	介護保険（*任意）	被保険者番号（ 認定なし・認定あり（事業対象者・要支援1・2・要介護1・2・3・4・5）		
※ 部 屋 利 用 者 (医 療 ・ 介 護 従 事 者)	所属機関名	*いずれかに ☒		氏 名 (*一員を選択した場合記載)
		☐ システム登録者全員 ☐ システム登録者の一員		
		☐ システム登録者全員 ☐ システム登録者の一員		
		☐ システム登録者全員 ☐ システム登録者の一員		
		☐ システム登録者全員 ☐ システム登録者の一員		
		☐ システム登録者全員 ☐ システム登録者の一員		

※部屋利用者がシステム利用未登録の場合は、所属機関が利用登録依頼書等の提出を行ってください。

※部屋利用者が多数の場合、裏面へ記載してください。

様式9（主治医、ケアマネジャー、訪問看護師 ⇒原本 筑西市提出

複写 主治医、ケアマネジャー、訪問看護師保管）【患者（利用者）登録時】

※部屋利用者（医療・介護従事者）	所属機関名	*いずれかに☑	氏 名 (*一員を選択した場合記載)
		☐ システム登録者全員 ☐ システム登録者の一員	
		☐ システム登録者全員 ☐ システム登録者の一員	
		☐ システム登録者全員 ☐ システム登録者の一員	
		☐ システム登録者全員 ☐ システム登録者の一員	
		☐ システム登録者全員 ☐ システム登録者の一員	
		☐ システム登録者全員 ☐ システム登録者の一員	
		☐ システム登録者全員 ☐ システム登録者の一員	
		☐ システム登録者全員 ☐ システム登録者の一員	
		☐ システム登録者全員 ☐ システム登録者の一員	
		☐ システム登録者全員 ☐ システム登録者の一員	
		☐ システム登録者全員 ☐ システム登録者の一員	
		☐ システム登録者全員 ☐ システム登録者の一員	
		☐ システム登録者全員 ☐ システム登録者の一員	
		☐ システム登録者全員 ☐ システム登録者の一員	
		☐ システム登録者全員 ☐ システム登録者の一員	