

様式 1

記載例

医療情報システム利用登録依頼書

提出日を記入

電子カルテを申請される場合は、  
使用日の2週間前までに書類を提出してください。

提出年月日： 20 年 月 日

所属長氏名： 小池 竜 司

※署名または記名・押印してください

依頼者氏名を記入

依頼者 ふりがな： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_ 4 5 7 5

連絡先は弊院使用欄の為、変更しないでください。

私は、医療情報システムについて、下記のとおり登録を依頼します。

本書式は年度ごとに更新を行っているため、期間は許可日  
～該当年度末(3月31日)までとしてください。

記

利用開始日	20 年 月 日	利用終了日	20 年 月 日	
生年月日	西暦 年 月 日			
対象システム	<input type="checkbox"/> 医科電子カルテシステム <input type="checkbox"/> 歯科電子カルテシステム			
職 種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 研修医 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 臨床研修歯科医 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 放射線技師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> その他医療系職種 ( )			
	<input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 診療情報管理士 <input type="checkbox"/> 医師事務作業補助者 <input type="checkbox"/> クラーク <input checked="" type="checkbox"/> その他事務系職種 ( 記載例：モニター )			
	職種免許番号	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">         職種免許番号欄以下は記載不要です。       </div>		
	身 分			
	職 員 番 号		学 籍 番 号	
	利用者 ID 統 合 I D	(医科もしくは歯科にて電子カルテアカウントを所持している場合記載)		
所属診療科 ／ 部 門				
個人用予約枠 (医師)	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要			
利 用 区 分	<input type="checkbox"/> 更新権限 <input type="checkbox"/> 参照権限			

※依頼者は下の欄に記入しないで下さい.....

医科 登録者	医科 確認者
20 年 月 日	20 年 月 日

歯科 登録者	歯科 確認者
20 年 月 日	20 年 月 日

医科 ID :

歯科 ID :