ひろしま医療情報ネットワーク（ＨＭネット）

参加申請書

　一般社団法人　広島県医師会

　ひろしま医療情報ネットワーク（ＨＭネット）

　代表者　松村　　誠　様

「ひろしま医療情報ネットワーク利用規定【HM運規-002】」および「他医療機関の診療情報閲覧に関する規約【HM運規-003】」を充分理解した上で、ひろしま医療情報ネットワーク（ＨＭネット）の利用を希望しますので、以下の通り申請します。

　 申請日：西暦　　　 　年 月 日 　所属医師会：　　　　　医師会・な し

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　注）広島市医師会の場合は、区医師会名をご記入下さい

保険医療機関番号：

　　 施　設　名：

　　 施設略称名：

　　 施設責任者：

　　　 E-mail：　　　　　　　　　　　 　＠

　　 ＨＭネット担当者：

　 　　　E-mail：　　　　　　　　　　　　 ＠

　　　　　　　　 〒

施設所在地：

電話：(　　　　)　　　　　　　　　FAX：(　　　　)

必要なVPN証明書数：　　　　　　　個

ＨＭカードの発行をして頂けますか？　　　（ 　する 　・　 しない ）

ＨＭネットホームページ内「参加施設一覧」への医療機関の詳細情報リンクの希望

※いずれか一箇所にチェックを入れて下さい。

□ 厚生労働省「医療情報ネット（ナビイ）」医療機関概要の表示を希望する

□ 別サイト（例えば、自院で公開しているホームページ）を希望する

（リンク先のＵＲＬ： 　　　　　 ）

□ 表示を希望しない

◆　希望アカウント

※ 資格№欄には、別表をご参照の上お持ちの資格№をご記入下さい。（複数記入可）

※ ＨＭネット参加希望者の氏名ならびにログイン時に利用するアカウント(主にメールアドレス)をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | 氏　　名 | 資格№ | メールアドレス又は希望ＩＤ |
| 1 | ｶﾅ) |  | ＠ |
|  |  |
|  |

ひろしま医療情報ネットワーク参加申請書　別紙 No.

　施設名：

※ 資格№欄には、別表をご参照の上お持ちの資格№をご記入下さい。（複数記入可）

※ ＨＭネット参加希望者の氏名ならびにログイン時に利用するアカウント(主にメールアドレス)をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | 氏 名 | 資格№ | メールアドレス又は希望ＩＤ |
|  | ｶﾅ) |  | ＠ |
|  |  |
|  |
|  | ｶﾅ) |  | ＠ |
|  |  |
|  |
|  | ｶﾅ) |  | ＠ |
|  |  |
|  |
|  | ｶﾅ) |  | ＠ |
|  |  |
|  |
|  | ｶﾅ) |  | ＠ |
|  |  |
|  |
|  | ｶﾅ) |  | ＠ |
|  |  |
|  |
|  | ｶﾅ) |  | ＠ |
|  |  |
|  |
|  | ｶﾅ) |  | ＠ |
|  |  |
|  |
|  | ｶﾅ) |  | ＠ |
|  |  |
|  |
|  | ｶﾅ) |  | ＠ |
|  |  |
|  |

※参加希望者が複数人にわたる場合は、当紙を複製してお使いください。



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | 職 種・資 格 名 | No. | 職 種・資 格 名 |
| 01 | 医 　師 | 18 | 救急救命士 |
| 02 | 歯科医師 | 19 | 精神保健福祉士 |
| 03 | 薬剤師 | 20 | 臨床工学技師 |
| 04 | 臨床検査技師 | 21 | 歯科衛生士 |
| 05 | 診療放射線技師 | 22 | 衛生検査技師 |
| 06 | 看護師 | 23 | 義肢装具士 |
| 07 | 准看護師 | 24 | 柔道整復師 |
| 08 | 保健師 | 25 | あん摩マッサージ指圧師/はり師/きゅう師 |
| 09 | 助産師 | 26 | ケアマネージャー |
| 10 | 理学療法士（ＰＴ） | 27 | ヘルパー |
| 11 | 作業療法士（ＯＴ） | 28 | 診療情報管理士 |
| 12 | 視能訓練士 | 29 | 医療情報技師 |
| 13 | 言語聴覚士 | 30 | 医療秘書 |
| 14 | 歯科技工士 | 50 | 医療情報担当者（施設任命） |
| 15 | 管理栄養士 | 51 | 事 務 |
| 16 | 社会福祉士 | 90 | その他 |
| 17 | 介護福祉士 |  |  |

**ＨＭネット 職種・資格コード一覧表**

ひろしま医療情報ネットワーク参加申請書

見　本

　一般社団法人　広島県医師会

　ひろしま医療情報ネットワーク（ＨＭネット）

　代表者　松村　　誠　様

「ひろしま医療情報ネットワーク利用規定【HM運規-002】」および「他医療機関の診療情報閲覧に関する規約【HM運規-003】」を充分理解した上で、ひろしま医療情報ネットワーク（ＨＭネット）の利用を希望しますので、以下の通り申請します。

　 申請日：西暦　　　 　年 月 日 　所属医師会：　　　　　医師会・な し

記載内容が同じ場合は同上でも可

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　注）広島市医師会の場合は、区医師会名をご記入下さい

ゴム印でも可

保険医療機関番号：

　　 施　設　名：

　　 施設略称名：

　　 施設責任者：

　　　 E-mail：　　　　　　　　　　　 　＠

　　 ＨＭネット担当者：

　 　　　E-mail：　　　　　　　　　　　　 ＠

　　　　　　　　 〒

施設所在地：

電話：(　　　　)　　　　　　　　　FAX：(　　　　)

必要なVPN証明書数：　　　　　　　個

接続される回線数をご記入下さい

ＨＭカードの発行をして頂けますか？　　　（ 　する 　・　 しない ）

いずれかを選択してください（患者同意とＨＭカードの作成作業が必要となります。）

いずれかを選択してください

ＨＭネットホームページ内「参加施設一覧」への医療機関の詳細情報リンクの希望

※いずれか一箇所にチェックを入れて下さい。

□ 厚生労働省「医療情報ネット（ナビイ）」医療機関概要の表示を希望する

□ 別サイト（例えば、自院で公開しているホームページ）を希望する

（リンク先のＵＲＬ： 　　　　　 ）

ログイン用IDです。ご利用中のメールアドレスをお勧めします。

□ 表示を希望しない

◆　希望アカウント

利用される方のお名前をご記入下さい。

※ 資格№欄には、別表をご参照の上お持ちの資格№をご記入下さい。（複数記入可）

※ ＨＭネット参加希望者の氏名ならびにログイン時に利用するアカウント(主にメールアドレス)をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | 氏　　名 | 資格№ | メールアドレス又は希望ＩＤ |
| 1 | ｶﾅ) |  | ＠ |
|  | 別紙資格コードでご確認下さい |
|  |