

南空知医療・介護多職種連携情報共有システム利用申込書

南空知医療・介護多職種連携情報共有システム運用管理者 御中

医療・介護多職種連携において、ICT ツールを活用した南空知医療・介護多職種連携情報共有システムに医療または介護関係者として参加する為、アカウントの作成をお願いします。なお、参加にあたり下記項目を遵守することを誓約します。

<業務情報保持について>

私は、バイタルリンクを利用するにあたり、法令及び諸規定を遵守するとともに、以下の情報の一切を管理者の許可なく開示、漏洩または使用しないことを誓約します。

- ① バイタルリンクを利用して得られた患者情報
- ② バイタルリンクのシステム仕様およびサービス仕様

<情報の管理について>

私はバイタルリンクを利用するにあたり、マニュアル以外の方法にて不正にアクセスを行うことはいたしません。情報共有による、よりよい在宅ケアの遂行の目的で本システムを利用し、患者や家族のプライバシー、又はその他の権利を侵害するような行為を一切しないものとします。個人端末を使用する場合には、適切な管理に努め、不適切な取扱いによる情報漏洩等については、利用者本人の責任とします。

<退職後の情報保持について>

私は退職後も、バイタルリンクに関する一切の情報を管理者の許可なく開示、漏洩または使用しないことを誓約します。

| | | | | |
|-------|------------------|---------------------------------|---------------------|---|
| 登録形態 | | 事業所 ・ 個人 (アカウントが事業所単位か、個人単位かの別) | | |
| | | 有料 ・ 無料 (運用管理者であるか、利用者であるかの別) | | |
| 利用者情報 | 事業所名 | (ふりがな) | | |
| | (代表者または個人) 氏名 | (ふりがな) | | |
| | 事業所住所 | | | |
| | 電話番号 | | Fax 番号 | |
| | メールアドレス | (システム内での公表 可 ・ 不可) | | |
| | (個人の場合) 職種 | | 利用端末 | 台 |
| | ID※ ¹ | | パスワード※ ² | |

※ 1 ID は利用者登録後、管理者からお知らせします。

※ 2 パスワードは ID と同様のものが初期登録されておりますので初回ログイン時に変更してください。

| | | |
|------------------------|--------|-------------------------|
| 空知南部：由仁町立診療所医療福祉相談センター | FAX 番号 | 0 1 2 3 - 8 3 - 2 0 3 2 |
| 町立南幌病院 | FAX 番号 | 0 1 1 - 3 7 8 - 2 5 8 5 |
| その他の地域：もよりの管理者 () | FAX 番号 | |