

連絡ツール (Medical Care Station) 登録申請書

福山市医師会 総務部地域医療課 地域医療支援係 御中
 (FAX : 084-959-3908 メール : mcs@fmed.jp)

申込日: (西暦) 年 月 日

事業所名: _____ (事業所の種類)

事業所住所: 〒 _____

全スタッフ数: _____ 人

申請者: _____ (部署・役職) _____ (お名前)

TEL: _____ FAX: _____

★登録者: 実際に連絡ツール (Medical Care Station) に登録される医介連携に携わる方々をご記入ください。

No.	ふりがな お名前	性別	職 種	メールアドレス	★★ 管理者
1					
2					
3					
4					
5					

★【登録者】欄には、個別のメールアドレスをご記入ください。1人1メールアドレスで記載願います。

・Medical Care Station の登録やログインに必要となります。

・施設の代表や医局、部署のメールアドレス等、複数人が現在及び今後共同で使用するメールアドレスでは原則登録不可です。

★★【管理者】欄には、Medical Care Station に登録する際、管理者権限(新規スタッフ招待、患者登録、グループ作成等の権限)を設定する方に“○”印を記載願います。(1施設に1名以上設定可)

◎欄が不足する場合は、コピー等でご対応願います。

メディカルケアステーション（MCS）利用に係る連携守秘誓約書

一般社団法人 福山市医師会
会長 西岡 智司 殿

第1条（連携情報保持の誓約）

私は、メディカルケアステーションを利用する事業所の管理者として、メディカルケアステーションを利用する従事者が法令（法律、政令、省令、条例、規則、告示、通達、事務ガイドライン等を含みます）を遵守するとともに、「福山市医師会 メディカルケアステーション運用ポリシー」（以下、「運用ポリシー」という。）に基づき、以下の情報（以下、「連携情報」といいます。）の一切を許可なく開示、漏えい又は使用しないよう管理することを誓約します。

- ① 患者、患者の家族及び連携業務に関わる者並びにこれらの関係者の一切の個人情報（氏名、生年月日、住所、病歴、治療歴、提供するサービスの計画、提供したサービス内容等のほか、特定の個人を識別することができるものを含みます。）
- ② その他連携業務内で知り得た情報（患者、患者の家族及び連携業務に関わる者並びにこれらの関係者の一切の情報はもちろんのこと、それ以外の連携業務内における情報も含みます。）
- ③ その他業務に関連して知り得た情報（業務に関連して第三者から提供された情報を含みますがこれに限られません。）

第2条（連携情報の管理等）

- 1 私は、従事者が連携情報（紙媒体のものだけでなく、電子データも含みます。）を使用するにあたって、連携情報を許可なく複写したり、外部に持ち出したり、又は外部に送信したりしないように注意します。
- 2 私は、機器（携帯電話、ノートパソコンを含みますがこれらに限られません）を業務で使用する場合には、運用ポリシーに基づき機器の管理を行います。また、許可を得た機器に保存されている情報については、業務上不要となった時点で速やかに消去するものとします。
- 3 私は、従事者に対して個人情報保護や IT 機器のセキュリティについて定期的に教育を実施します。

第3条（利用目的外での使用の禁止）

私は、当該情報を連携業務以外で利用しないものとし、患者その他の第三者のプライバシー、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。

第4条（退職後の業務情報保持の誓約）

私は、連携を離脱した後も、業務情報の一切を、許可なく、開示、漏えい又は使用しないことを誓約します。

第5条（損害賠償）

私は、本誓約書の各条の規定に違反した場合、誠意をもって協議致します。

年 月 日

事業所名

事業所所在地

管理者名

印