患者支援用

**メディカルケアステーション（ＭＣＳ）利用申込書**

あ・うんネット周南ＭＣＳ申込事務局　御中

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 申込日 | 年 |  | 月 |  | 日 |

**メディカルケアステーション（ＭＣＳ）を利用した患者支援を行いたいので、申し込みます。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事業所名：** | | ※事業所名をＭＣＳ登録名にしてください。 | | | | | | | | |
| **事業所住所：** | | **〒 　　　　－** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **代表者名：** | |  |  |  | |  | | | | |
| **電話番号：** | |  | | | **メールアドレス：** | | |  | | |
| **登録者名：** | | 代表者を含め、メディカルケアステーション（ＭＣＳ）を利用する方を全てご記入ください。 | | | | | | | | |
| **No.** | **ふりがな**  **氏　　　名** | | | **職　　種** | | | **No.** | | **ふりがな**  **氏　　　名** | **職　　種** |
| １ |  | | |  | | | ４ | |  |  |
|  | | |  |
| ２ |  | | |  | | | ５ | |  |  |
|  | | |  |
| ３ |  | | |  | | | ６ | |  |  |
|  | | |  |

◆事務局より、代表者のメールアドレスに「あ・うんネット周南」全ユーザーグループへの招待をお送りしますので、ご参加ください。

**※利用にあたっては注意事項への同意が必要です。同意いただいた場合は□に✓を入れてください。**

□**患者支援は事業所単位での申込み**とします。**患者支援の利用を希望される場合は、本利用申込書を****あ・うんネット周南ＭＣＳ申込事務局まで、メールにてご提出**ください。

□**【守秘義務】**患者支援を利用する場合には、**厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」及び「ＭＣＳ運用管理規定」、「あ・うんネット周南ＭＣＳ運用方針」や関係法令等を遵守**します。

□**【患者同意】****医療用ＳＮＳによる患者情報の共有について、本人から書面にて同意**を得ます。（現在の事業所での使用様式に手段の一つとして追加等）

□**【個人情報管理】個人情報の管理は事業所責任**とし、**あ・うんネット周南事務局（周南市）やＭＣＳ申込事務局に対して、個人情報漏洩に関する一切の責任を問いません。**

□**患者グループを作成**する場合には、**支援関係者（連携メンバー）の代表者が患者名をあ・うんネット周南ＭＣＳ申込事務局まで、メールにてご連絡**ください。

【提出先】

あ・うんネット周南ＭＣＳ申込事務局

周南市在宅医療・介護連携支援センター

TEL：（０８３４）２７－４８３５

Email：zaitakusien62@muse.ocn.ne.jp