

音更町医療・介護多職種連携情報共有システム 利用申込書

音更町医療・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 ツールを活用した音更町医療・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。尚、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、法令およ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がないものとします。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、又はその他の検視を侵害するような行為を一切しないものとします。

■ 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。

利用者 情報	事業所名	(ふりがな)		
	氏名	(ふりがな)		
	住所	〒		
	電話番号		Fax 番号	
E-mail		職種		
ID※1		パスワード※2		

※1 ID は別紙(ユーザーID ネーミングルール)を参考に記入

※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。