

様式1号

## しまね医療情報ネットワーク（まめネット） 利用申請書

しまね医療情報ネットワーク参加約款に同意し、下記の通り申し込みます。※記入方法は裏面をご確認ください。

開始・中止		申請理由： ※中止の場合のみご記入下さい							
申込日	平成	年	月	日	利用（開始・中止）希望日	平成	年	月	日
カナ									
施設名称 (60文字まで)									
カナ									
表示名称 (30文字まで)									
施設種類	病院	診療所（有床・無床）	歯科診療所	薬局	訪問看護	検査会社	介護事業所（	）	
	行政（	）			その他（	）			
機関コード (事業所コード)							介護サービス種類コード		※介護事業所のみ記載下さい
住所	〒	—	県						
代表電話	（			—	代表FAX	（			—
代表者名	Ⓜ								

住民への広報目的の為、まめネットに加入された施設は当協会のホームページに参加施設として掲載致します。

まめネットが提供するサービスのうち、利用サービスの申込欄に○をし、利用（開始・中止）希望日をご記入下さい。（開始・中止どちらかを○で囲んでください）

**【1、2、3は接続プランの申込です。5つのプランの中から1つお選びください。】**

**1. しまね医療情報ネットワーク利用者接続サービス（診療所・薬局・訪看・介護事業所等）**

申込	サービス名	利用(開始・中止)希望日
<input checked="" type="radio"/>	基本サービス、オンデマンド接続 (OD-VPN)	平成 年 月 日
※電子カルテ・介護ソフト端末でまめネットを利用される場合及び調剤レセコンとネットワーク接続を行う場合は口に✓を入れ、ベンダ情報をご記入下さい <input type="checkbox"/> 電子カルテ・調剤レセコン・介護ソフトの (ベンダ名又はソフト名) (ベンダ連絡先) 端末で利用します。		

**2. しまね医療情報ネットワーク情報提供施設接続サービス（病院など常時接続を行う施設）**

申込	サービス名	利用(開始・中止)希望日
<input checked="" type="radio"/>	基本サービス、ダブル回線プラン	平成 年 月 日
<input checked="" type="radio"/>	基本サービス、シングル回線プラン (IP-VPN)	
<input checked="" type="radio"/>	基本サービス、シングル回線プラン (フレッツVPN)	

**3. しまね医療情報ネットワークモバイル接続サービス（iPadのみで利用する施設）**

申込	サービス名	利用(開始・中止)希望日
<input checked="" type="radio"/>	基本サービス、モバイル接続プラン (iPad)	平成 年 月 日

**【4、5はオプションサービスの申込です。ご利用になりたい場合のみお選びください。】**

**4. レセプトオンライン接続サービス【保険医療機関・保険薬局】（オプションサービスです）**

申込	サービス名	利用(開始・中止)希望日
<input checked="" type="radio"/>	レセプトオンライン接続サービス (OD-VPN接続のみ) 【 回線種別 Ipsec+IKE 】	平成 年 月 日

**5. ウィルス対策ソフト利用サービス（オプションサービスです）**

申込	サービス名	パソコン台数	利用(開始・中止)希望日
<input checked="" type="radio"/>	エフセキュアクライアントセキュリティ (F-Secure Client Security)	台	平成 年 月 日

※ 各サービスとも当申込書を提出してからご利用まで約1ヶ月程度かかります。申請書の提出は、利用開始希望日の約1ヵ月前には当協会事務局に届くようお願いします。各サービスとも利用希望日を目途にネットワーク業者が工事等の調整を行います。申込状況によっては、利用開始時期がご希望に添えない場合もございますのでご了承下さい。

\*協会使用欄

受付 審査	NTT-D 申込	システム 登録	備考
----------	-------------	------------	----

## 【記入方法】

開始・中止	開始・中止のどちらかを○で囲んで下さい。
申請理由	中止の場合は申請理由をご記入下さい。
申込日	当申込書を提出する日をご記入下さい。
利用 (開始・中止) 希望日	開始・中止のいずれかを○で囲み、希望日をご記入下さい。 開始まで約1ヶ月かかります。実際の開始日は別途調整致しますので、希望の日をご記入下さい。
施設名称	施設名称をご記入下さい。 ※法人格等も省略せずご記入ください。 例) 医療法人〇〇会△△クリニック また、カナで施設名称もご記入下さい。
表示名称	画面に表示される名称です。例) △△クリニック また、カナで略称名もご記入下さい。
施設種類	対象を○で囲んで下さい。該当の種類が無い場合は「その他」にご記入下さい。
機関コード	医療機関の場合は、都道府県コード32、医科コード1（もしくは歯科コード3）、医療機関コードをご記入下さい (病院で医科・歯科両者を標榜されている病院は、医科コードを記載して下さい) 例) 3210412345 薬局の場合は、都道府県コード32、調剤コード4、薬局コード7桁をご記入下さい。 例) 3240123456 訪問看護、介護事業所の場合は、都道府県コード32、区分コード1桁、事業所コードをご記入下さい。
介護サービス 種類コード	介護サービス種類コードは、当協会のホームページ、利用申込のコーナでご確認頂くか、 施設種類の欄：介護事業所（ ）に事業種類を記載下さい。 例) 通所介護、居宅支援事業所 など
住所	施設所在地をご記入下さい。
代表電話 代表FAX	代表となる電話番号及び、FAX番号をご記入下さい。
代表者名	施設の代表者氏名をご記入下さい。医療機関の場合は管理者をご記入ください。 Ⓜは代表者印がある場合は代表者印、その他は認め印を押印下さい。

## 【サービスのご説明と記入方法】

※各サービスの料金は「しまね医療情報ネットワーク参加約款「別紙2」をご覧ください。

※ 1、2、3はしまね医療情報ネットワークへの接続方法の申込です。各サービスの内どれか1つを選択して下さい。

## 1. しまね医療情報ネットワーク利用者接続サービス

診療情報の閲覧や、紹介状の送信、健診データの入力など、必要な時にネットワークに接続してサービスを利用する機関はこちらを選択してください（診療所、検査会社など）。利用開始・中止したい年月日をご記入下さい。

## 2. しまね医療情報ネットワーク情報提供施設接続サービス

電子カルテの診療情報を本ネットワークを通じて公開するために、しまね医療情報ネットワークの常時接続が必要となる機関はこちらをご利用下さい（情報提供病院など）。利用開始・中止したい年月日をご記入下さい。

## 3. しまね医療情報ネットワークモバイル接続サービス

モバイル端末（iPad）のみでまめネットをご利用になる機関はこちらをご利用下さい。利用開始・中止したい年月日をご記入下さい。

※ 4、5のサービスは任意選択です。ご利用になりたい場合は○をして下さい。

## 4. レセプトオンライン接続サービス

OD-VPN（回線種別IPsec-IKE）を利用して審査機関へレセプトオンライン送信を行います。レセプト送信を開始・中止する月日をご記入下さい。（保険医療機関、保健薬局のみのサービスです）  
例) 1月診療報酬を2月に請求するレセプトから開始・変更・中止する場合は 「2月1日」とご記入下さい。

## 5. ウィルス対策ソフト利用サービス

まめネットに接続されたパソコンをリモートで管理するウィルス対策ソフトです。このサービスを利用する台数が決まっていれば、利用台数をご記入下さい。台数が不明の場合は空欄とし、アダプタ設置時にご相談下さい。

利用開始・中止したい年月日をご記入下さい。