

(様式 1)

病院カード・電子カルテ利用申請書（医学研究棟入退室）

名古屋市立大学病院長 様

申請日 西暦 年 月 日

所属長 印

下記のとおり病院カード（医学研究棟入退室権限利用）の申請をします。
なお、紛失等による再発行の場合には、利用者に実費弁償をさせることとします。

記 ※網掛の箇所は必ずご記入ください。

職員番号又は学籍番号		本院採用・異動年月日		西暦 年 月 日		
フリガナ		病 院 所 属 部 門 (講座名不可)		内線・PHS ()		
利用 者 氏 名						
E-mail		@				
性 別		男 ・ 女		役職・補職		
キャンパスカード番号 又は病院カード番号		※既にお持ちの場合はご記入ください。		生 年 月 日 西暦 年 月 日		
職 種 (該当職種を○で 囲んでくだ さい。)		※他院医師の場合は本申請書とあわせて「電子カルテ利用申請書（院外所属者用）」を提出してください。 1. 医師（医師・臨床研究医・シレジ） 2. 臨床研修医 ※3. 他院医師（附属病院群・その他） 4. 看護師 5. 助産師 6. 薬剤師 7. 診療放射線技師 8. 臨床検査技師 9. 専門職（作業・理学・言語） 10. 管理栄養士 11. 臨床工学技士 12. 臨床研究コーディネータ 13. 事務職 14. 名市大実習生（医学部（医・看・リハ）・薬学部） 15. 委託職員 16. 大学院生 17. 他学実習生（看護・薬学・リハ・その他（ ）） 18. その他（ ）				
☐ 病院入退室の利用申請をするときは、チェックを入れて以下の項目をご記入ください。						
申 請 区 分		1. 新規登録 2. 変更（理由 ） 3. 抹消 4. 再交付（理由 ）				
☐ 研究棟入退室の利用申請をするときは、チェックを入れて以下の項目をご記入ください。						
申 請 区 分		1. 新規登録 2. 変更（理由 ） 3. 抹消 4. 再交付（理由 ）				
☐ 電子カルテの利用申請をするときは、チェックを入れて以下の項目をご記入ください。						
申 請 区 分		1. 新規登録 2. 変更（理由 ） 3. 抹消 4. 再交付（理由 ）				
希望利用者ID		第1希望		第2希望		
※英小文字と数字の組合せで5文字～8文字で指定してください。 ※最初の1文字は必ず英小文字にしてください。 ※記号を使うことはできません。 ※過去に登録したIDをお持ちの場合は、それをご記入ください。						
所属部門以外でカルテを記入する部門・ 診療科 ※参照のみであれば不要						
備考 (市大以外の実習生・教員の場合 学校名：)						
誓約【新規利用申請時のみ必須】 電子カルテシステムの利用に際しては、名古屋市立大学病院情報システム運用管理規程を遵守し、個人情報 の漏洩等の事故防止に努め、病院情報システムのセキュリティを確保することを誓約します。 西暦 年 月 日 署名						
申 請 者 の 受領確認欄		上記申請にかかる病院カードの交付を受けました。 貸与規程を遵守し、利用資格が無くなった場合は、速やかに返却します。 西暦 年 月 日 署名 (自署又は記名と代理人署名)				
【事務記入欄】	新規カード番号		メロンカード番号			
	非 接 触 所属番号	AC1-	AC2-	情報 システム係	管理課長	施設管理 係長
		AC3-	AC4-			
	IDm連絡済み ☐ / IDm連絡不要 ☐					

(様式 1)

病院カード・電子カルテ利用申請書（医学研究棟入退室）

名古屋市立大学病院長 様

記入例

申請日 西暦 2025 年 7 月 1 日

所属長 市大 太郎



下記のとおり病院カード（医学研究棟入退室権限利用）の申請をします。

なお、紛失等による再発行の場合には、利用者に実費弁償をさせることとします。

記

※網掛の箇所は必ずご記入ください。

職員番号又は学籍番号	1234567	本院採用・異動年月日	西暦 2015 年 4 月 1 日
フリガナ	シダイ イチロウ	病 院 所 属 部 門	消化器内科
利用 者 氏 名	市大 一郎	(講座名不可)	内線 (PHS) 9999)
E-mail	shidai @ sec.nagoya-cu.ac.jp		
性 別	男・女	役職・補職	助教
キャンパスカード番号 又は病院カード番号	※既にお持ちの場合はご記入ください。	生 年 月 日	西暦 1980 年 4 月 1 日
	7 6 5 4 3 2 1		
職 種 (該当職 種を○で 囲んでく ださい。)	※他院医師の場合は本申請書とあわせて「電子カルテ利用申請書（院外所属者用）」を提出してください。 1. 医師 (医師・臨床研究医・シレジ) 2. 臨床研修医 ※3. 他院医師 (附属病院群・その他) 4. 看護師 5. 助産師 6. 薬剤師 7. 診療放射線技師 8. 臨床検査技師 9. 専門職 (作業・理学・言語) 10. 管理栄養士 11. 臨床工学技士 12. 臨床研究コーディネータ 13. 事務職 14. 名古屋市大実習生 (医学部 (医・看・リハ)・薬学部) 15. 委託職員 16. 大学院生 17. 他学実習生 (看護・薬学・リハ・その他 ()) 18. その他 ()		
☐ 病院入退室の利用申請をするときは、チェックを入れて以下の項目をご記入ください。			
申 請 区 分	1. 新規登録 2. 変更 (理由) 3. 抹消 4. 再交付 (理由)		
☐ 研究棟入退室の利用申請をするときは、チェックを入れて以下の項目をご記入ください。			
申 請 区 分	1. 新規登録 2. 変更 (理由) 3. 抹消 4. 再交付 (理由)		
☐ 電子カルテの利用申請をするときは、チェックを入れて以下の項目をご記入ください。			
申 請 区 分	1. 新規登録 2. 変更 (理由) 3. 抹消 4. 再交付 (理由)		
希望利用者 ID ※英小文字と数字の組合せで5文字～8文字で指定してください。 ※最初の1文字は必ず英小文字にしてください。 ※記号を使うことはできません。 ※過去に登録した IDをお持ちの場合は、それをご記入ください。	第1希望	i c h i r o o 1	
	第2希望	i c h i r o o 2	
所属部門以外でカルテを記入する部門・ 診療科 ※参照のみであれば不要			
備考 クリニカルパスの更新権限を付与してください。 (市大以外の実習生・教員の場合 学校名 :)			
誓約【新規利用申請時のみ必須】 電子カルテシステムの利用に際しては、名古屋市立大学病院情報システム運用管 報の漏洩等の事故防止に努め、病院情報システムのセキュリティを確保すること 手書きで署名			
西暦	2025 年	7 月	1 日
署名	市大 一郎		

申 請 者 の 受領確認欄	上記申請にかかる病院カードの交付を受けました。 貸与規程を遵守し、利用資格が無くなった場合は、速やかに返却します。 西暦 年 月 日 (自署又は記名と代理人署名) 署名 (代理人署名)						
【事務記入欄】	新規カード番号				メロンカード番号		
	非 接 触 所属番号	AC1-	AC2-		情報 システム係	管理課長	施設管理 係長
		AC3-	AC4-				施設管理係
	IDm 連絡済み ☐ / IDm 連絡不要 ☐						