

(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, フリガナ, 利用者氏名, E-mail, 性別, 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, 生年月日, 西暦 年 月 日

職 種 (該当職種を○で囲んでください。)
1. 医師 (医師・臨床研究医・シニアレジデント) 2. 臨床研修医 3. 看護師 4. 助産師 5. 薬剤師 6. 診療放射線技師
7. 臨床検査技師 8. 他専門職 (作業・理学・言語) 9. 管理栄養士 10. 臨床工学技士 11. 臨床研究コーディネータ 12. 事務職
\*13. 他院医師 (東部・西部・みどり・みらい・その他 ( )) 14. 市立大学実習生 (医学部・看護学部・薬学部)
15. 委託職員 16. 大学院生 17. 他学実習生 (看護・薬学・その他 ( )) 18. その他 ( )
\*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。

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

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
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
第2希望
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 (電子カルテ新規利用申請時、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)
(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-, AC3-, AC4-, 情報システム係, 管理課長, 管理課施設管理係, 施設管理係, 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 2024 年 2 月 6 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。)

1. 医師 (医師・臨床研究医・シニアレジデント) 2. 臨床研修医 3. 看護師 4. 助産師 5. 薬剤師 6. 診療放射線技師  
7. 臨床検査技師 8. 他専門職(作業・理学・言語) 9. 管理栄養士 10. 臨床工学技士 11. 臨床研究コーディネータ 12. 事務職  
\*13. 他院医師 (東部・西部・みどり・みらい・その他 ( )) 14. 市立大学実習生 (医学部・看護学部・薬学部)  
15. 委託職員 16. 大学院生 17. 他学実習生 (看護・薬学・その他 ( )) 18. その他 ( )

\*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。

■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

■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

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 0 1

第2希望

i c h i r 0 0 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 (電子カルテ新規利用申請時、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に基づき、個人情報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。

手書きで署名

西暦 2024 年 2 月 6 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- AC3-	AC2- AC4-	情報システム係 管理課長 管理課施設管理係 施設管理係
IDm連絡済み	<input type="checkbox"/>	IDm連絡不要	<input type="checkbox"/>