

シズケア\*かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム）

「施設」登録申込書（新規・変更）

当施設は、シズケア\*かけはし運用管理規定の内容を承諾しシズケア\*かけはしへの施設登録を申し込みます。

申込日	令和 4 年 4 月 1 日										
施設コード	2	2	1	9	8	7	6	5	4	3	※8桁の数字
施設名称	(ふりがな) 静岡県診療所										
施設長氏名	静岡県太郎										

※以下項目は、変更の場合は変更箇所のみご記入下さい。  
(施設コード、施設名称の変更の場合は備考欄に旧施設コード、旧施設名称をご記入下さい。)

施設区分	該当する番号に☑をご記入ください（一つ選択） <input type="checkbox"/> 01:病院 <input checked="" type="checkbox"/> 02:医科診療所 <input type="checkbox"/> 03:歯科診療所 <input type="checkbox"/> 04:薬局 <input type="checkbox"/> 05:訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> 06:居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 07:その他の居宅サービス事業所 <input type="checkbox"/> 08:介護保険施設 <input type="checkbox"/> 09:地域密着型サービス事業所 <input type="checkbox"/> 10:有料老人ホーム・ケアハウス(サ高住含む) <input type="checkbox"/> 11:障害福祉サービス等事業所 <input type="checkbox"/> 12:相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 13:地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 14:社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> 15:学校・保育所等 <input type="checkbox"/> 16:郡市医師会 <input type="checkbox"/> 17:団体組織 <input type="checkbox"/> 18:自治体（県） <input type="checkbox"/> 19:自治体（市町） <input type="checkbox"/> 20:自治体（その他） <input type="checkbox"/> 21:消防本部 <input type="checkbox"/> 99:その他	
サービス区分	該当する番号に☑をご記入ください <input type="checkbox"/> 01:病院 <input checked="" type="checkbox"/> 02:医科診療所 <input type="checkbox"/> 03:歯科診療所 <input type="checkbox"/> 04:薬局 <input type="checkbox"/> 05:訪問介護 <input type="checkbox"/> 06:夜間対応訪問介護 <input type="checkbox"/> 07:訪問入浴 <input type="checkbox"/> 08:訪問看護 <input type="checkbox"/> 09:訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 10:定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 11:デイサービス <input type="checkbox"/> 12:認知症対応デイサービス <input type="checkbox"/> 13:デイサービス（療養医療施設） <input type="checkbox"/> 14:デイケア <input type="checkbox"/> 15:福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 16:福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 17:居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 18:有料老人ホーム（介護付）一般型 <input type="checkbox"/> 19:有料老人ホーム（介護付）外部サービス利用型 <input type="checkbox"/> 20:地域介護付老人ホーム <input type="checkbox"/> 21:軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 22:軽費老人ホーム・外部サービス利用型 <input type="checkbox"/> 23:地域軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 24:サービス付き高齢者向け住宅（介護型） <input type="checkbox"/> 25:サービス付き高齢者向け住宅（一般型） <input type="checkbox"/> 26:地域サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 27:小規模多機能型 <input type="checkbox"/> 28:複合型サービス <input type="checkbox"/> 29:グループホーム <input type="checkbox"/> 30:ショートステイ（福祉） <input type="checkbox"/> 31:特別養護老人ホーム（老人福祉施設） <input type="checkbox"/> 32:地域老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 33:ショートステイ（医療） <input type="checkbox"/> 34:老人保健施設 <input type="checkbox"/> 35:療養医療施設 <input type="checkbox"/> 36:ショートステイ（療養医療施設） <input type="checkbox"/> 38:介護予防支援 <input type="checkbox"/> 39:地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 40:その他（自治体・各種団体） <input type="checkbox"/> 41:有料老人ホーム（住宅型） <input type="checkbox"/> 42:有料老人ホーム（健康型） <input type="checkbox"/> 43:介護医療院 <input type="checkbox"/> 99:その他	
施設所在地	〒	
TEL		FAX
E-Mail	k_shizuoka@e-mail.com	
HPアドレス	※シズケアサポートセンターHP「シズケア*かけはし登録施設一覧」に掲載します	
各種オプション	<対象:全施設> A:クラウド会議（※R5年度から有料） <input checked="" type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用を中止する	<対象:医科診療所のみ> B:公的文書作成支援（※無料） <input checked="" type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用を中止する
備考		

シズケア\*かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム）

# 「ユーザ」登録申込書（新規・変更・削除）

当施設は、シズケア\*かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム）運用管理規定の内容を承諾しシズケア\*かけはしへのユーザ登録・変更・削除をします。

申込日（年月日）：令和4年4月1日

施設コード：2219876543

施設名：静岡癩診療所

職種	1: 医師	7: 管理栄養士	13: 介護支援専門員(ケアマネジャー)	19: 民生委員
	2: 歯科医師	8: 理学療法士	14: 訪問介護員(ホームヘルパー)	20: 救急隊員
	3: 薬剤師	9: 作業療法士	15: 介護職員(介護福祉士を含む)	99: その他
	4: 看護師・准看護師	10: 言語聴覚士	16: 相談員	
	5: 保健師・助産師	11: 社会福祉士	17: 教職員	
	6: 歯科衛生士	12: 精神保健福祉士	18: 事務職員	

※ 区分(1. 新規、2. 変更、3. 削除)を入れ、登録内容をご記入下さい。  
削除の場合はユーザ氏名のみ、変更の場合はユーザ氏名と変更箇所をご記入下さい。  
(ユーザ氏名の変更は旧氏名を備考欄にご記入下さい。)

	区分	氏名	ローマ字 (姓)	ローマ字 (名)	職種	診療科名 (医師のみ)	情報 管理者	チーム 承諾者	備考
例	1	静岡 花子	shizuoka	hanako	1	内科	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
1							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- ※注意 ① 「情報管理者」「チーム承諾者」は、必ず1名以上の登録をお願いします。  
ユーザ削除の際はご注意ください。  
② 削除するユーザが主治医としてチーム登録してある場合、必ず事前にチーム情報の修正画面で「主治医変更」の操作をして下さい。

## 「使用機器」登録申込書（新規・削除）

当施設は、シズケア\*かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム）運用管理規定の内容を承諾し、シズケア\*かけはしへの使用機器登録、削除を申し込みます。

申込日(年月日)： 令和4年4月1日

施設コード： 2219876542

施設名： 静岡愛診療所

- ①**新規の場合**、登録完了後メールにて「件名：【重要】使用機器登録完了のお知らせ（シズケア\*かけはし）」をご記入いただいたアドレス宛にお送りしますので添付の証明書（.pdfファイル）をインポートして下さい。
- ②**追加の場合**、登録完了とともにセキュアメールで情報管理者にお知らせが届きます。メール受信後、ログインができる機器で情報管理者にログインしていただき電子証明書のダウンロードをお願いしています。（ダウンロード後、該当の機器に移してインポートして下さい。）
- ③**入れ替えの場合**、新しい機器を新規に記入、旧機器を削除に記入をお願いします。登録完了後、すべて入れ替えの場合は①、一部入れ替えの場合は②の方法でインポートを行います。
- ④**削除のみの場合**、削除の欄のみご記入下さい。

【※OS: 1. Windows 2. Mac 3. iPad 4. iPhone ⑤ Android】

〈新規〉

1	OS		製造番号・シリアルナンバー	123456789123456
	ウイルス対策ソフト名			ウイルスバスター
	証明書送付先 E-Mail			
2	OS		製造番号・シリアルナンバー	
	ウイルス対策ソフト名			
	証明書送付先 E-Mail			
3	OS		製造番号・シリアルナンバー	
	ウイルス対策ソフト名			
	証明書送付先 E-Mail			
4	OS		製造番号・シリアルナンバー	
	ウイルス対策ソフト名			
	証明書送付先 E-Mail			
5	OS		製造番号・シリアルナンバー	
	ウイルス対策ソフト名			
	証明書送付先 E-Mail			
6	OS		製造番号・シリアルナンバー	
	ウイルス対策ソフト名			
	証明書送付先 E-Mail			
6	OS		製造番号・シリアルナンバー	
	ウイルス対策ソフト名			
	証明書送付先 E-Mail			

〈削除〉

	OS	製造番号・シリアル番号	証明書番号
1			
2			
3			
4			
5			
6			