

県立広島病院地域医療連携ネットワークシステム（KBネット）参加申請書

令和 年 月 日

県立広島病院医療情報管理部運営委員会 委員長 様

施設名

申請責任者

印

当院での「県立広島病院地域医療連携ネットワークシステム（KBネット）」の利用について、県立広島病院地域医療連携ネットワークシステム（KBネット）利用者規程に同意の上、次のとおり申請します。

申請年月日	令和 年 月 日
申請区分	<input type="checkbox"/> 新規利用 <input type="checkbox"/> 一部変更（追加） <input type="checkbox"/> 利用の廃止
施設名称	
所在地 （ID、パスワードの送付先）	〒 TEL () FAX ()
所属地区医師会・歯科医師会・薬剤師会	<input type="checkbox"/> () 医師会・歯科医師会・薬剤師会 <input type="checkbox"/> その他
医療機関番号 （レセプト申請時に利用する医療機関番号7桁をご記入ください）	(県コード2桁 + 医療機関コード7桁)
介護保険番号 （介護保険サービス事業者指定の事業者番号10桁をご記入ください）	(県コード2桁+事業所区分1桁+郡市地域コード2桁+先着順コード4桁+チェック用コード1桁)
連絡窓口	氏名 e-mail @ TEL () FAX ()
事務担当者 （病院のみご記入ください）	氏名 e-mail @ TEL () FAX ()
障害時のご連絡窓口 （システム責任者）	氏名 e-mail @ TEL () FAX ()
運用講習会参加希望日	令和 年 月 日
開始（変更・廃止）希望年月日	令和 年 月 日
利用ID数	個



県立広島病院地域医療連携ネットワークシステム（KBネット）利用者申請書

令和 年 月 日

県立広島病院医療情報管理部運営委員会 委員長 様

施設名

申請責任者 _____

印

当院について次のとおり、ユーザIDの登録（廃止）をお願いします。

※お手数ですが、すべての項目をご記入ください。

※下記の記入欄が不足する場合は、複写していただき、ご記入ください。（楷書でご記入ください）

申 請 者

申 請 区 分		(フリガナ) 氏 名	職 種	生年月日 (和暦)	免許番号 (免許取得者のみ)
例)	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 廃止	(ヒロユキ タロウ) 広病 太郎	医師	T・S・H・R 40年1月1日	1234567890
1	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 廃止	()		T・S・H・R 年 月 日	
2	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 廃止	()		T・S・H・R 年 月 日	
3	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 廃止	()		T・S・H・R 年 月 日	
4	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 廃止	()		T・S・H・R 年 月 日	
5	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 廃止	()		T・S・H・R 年 月 日	
6	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 廃止	()		T・S・H・R 年 月 日	
7	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 廃止	()		T・S・H・R 年 月 日	
8	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 廃止	()		T・S・H・R 年 月 日	
9	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 廃止	()		T・S・H・R 年 月 日	
10	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 廃止	()		T・S・H・R 年 月 日	

県立広島病院地域医療連携ネットワークシステム (KBネット) 接続環境調査書

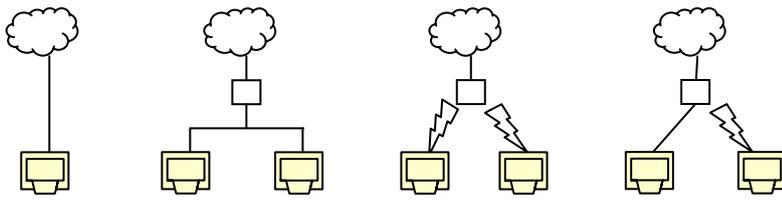
令和 年 月 日

県立広島病院医療情報管理部運営委員会 委員長 様

施設名

システム責任者 _____ 印

当院における県立広島病院地域医療連携ネットワークシステム(KBネット)を利用する機器等の最新情報は次のとおりです。

当院におけるシステム／ネットワーク環境			
① KBネット通信を行う パソコン 計 () 台 <input type="checkbox"/> 別紙添付する (様式は問いません)	OS(Windows)	使用ブラウザ	その他特記事項
	8 10	IE 9 10 11	
	8 10	IE 9 10 11	
	8 10	IE 9 10 11	
	8 10	IE 9 10 11	
② 利用するインターネット回線	<input type="checkbox"/> ADSL <input type="checkbox"/> 光 <input type="checkbox"/> CATV <input type="checkbox"/> その他()		
③ プロバイダ名			
④ 院内LANの有無 該当するものを○で囲んでください。 当てはまるものがない場合は、簡単なネットワーク図を添付してください。	 <p>(なし) (有線LAN) (無線LAN) (複合)</p>		
⑤ アンチウイルスソフト	<input type="checkbox"/> ウイルスバスター <input type="checkbox"/> マカフィー <input type="checkbox"/> ノートン <input type="checkbox"/> その他() ※ソースネクスト社「ウイルスセキュリティZERO」は接続できません。		

※接続に必要な詳細情報についてご記入ください。

⑥ 事前調査時の御連絡窓口	氏名	e-mail	@
	TEL ()	FAX ()	

<注意事項>

- 県立広島病院地域医療連携ネットワークシステム(KBネット)用のアカウントを作成します。
- 院内LANを構築されている場合、接続の設定により、LAN環境設定の変更が必要となる場合があります。
- ご利用中のインターネットプロバイダによっては、接続ができない場合があります。
- ご利用中もしくはご購入予定のルータ等の機器によっては、接続ができない場合があります。
- アンチウイルスソフトの種類によっては、接続ができない場合があります。
- アンチウイルスソフトは、最新のウイルス定義ファイルを更新して下さい。最新のウイルス定義ファイルが無い場合は接続できません。
- 画像閲覧ソフトを端末にインストールします。

送付先・お問合せ先

〒734-8530 広島市南区宇品神田一丁目5番54号

県立広島病院 患者総合支援センター 地域連携室

TEL 082-252-8341 FAX 082-252-6240

KB ネット利用者申請書