MCS利用支援事務局への提出資料チェックリスト

各種様式を提出するために、必要提出書類を以下を用いてご確認下さい。
以下の書類をご準備していただき、MCS利用支援事務局に郵送して下さい。

様式番号	様式名	備考	チェック欄
別紙様式1	利用申込書	初回登録時は必須（2部；事務局提出用原本、事業所保存用）	
別添	登録申請書	初回登録時は必須（2部；事務局提出用原本、事業所保存用）	
別紙様式2	一括登録申請書	初回登録時は必須（2部；事務局提出用原本、事業所保存用）	
別紙様式3	各事項変更届	変更がある場合のみ必要な書類。 初回登録時は不要。（2部；事務局提出用原本、事業所保存用）	
別紙様式4	従事者誓約書	初回登録時は必須。 「登録申請書」のリストに記載された方、管理者を含む利用者全員分の誓約書を送付して下さい。（2部；事業所保存用原本、事務局提出用）	
別紙様式5	患者同意書	原則は主治医が取得。 （必要部数をグルー内事業所に提示　担当訪問看護ステーション等）	
別紙様式６	MCS管理者連絡会・MCS連携グループ 参加申込書・解除連絡書	事務局が設置するグループに参加希望の際は、登録者お一人1枚ずつ ご提出下さい。	

【送付先】

〒880-2102 宮崎市大字有田1173番地　宮崎市郡医師会病院１階　地域包括ケア推進センター
ＴＥＬ：0985-77-9106 / ＦＡＸ：0985-77-9126

別紙様式1

宮崎市郡在宅医療介護情報ICT連携システム（MCS）
利用支援申込書

宮崎市郡医師会　MCS利用支援事務局　　御中

本事業所においてMCSを利用した情報共有を行いたいので、別添、登録申請書のとおり申し込みます。

令和　年　　月　　日

事業所名

管理者氏名　　㊞

別添

宮崎市郡在宅医療介護情報ICT連携システム
利用支援申請書

MCS利用支援事務局
宮崎市郡医師会病院1階　地域包括ケア推進センター　御中
TEL：0985-77-9106
FAX：0985-77-9126
mail：care-suisin@cure.or.jp

申込日：令和　　年　　月　　日

ふ　り　が　な
施　設　名　：

施設住所：〒　　－

全スタッフ数：　　施設の種類：

申　請　者　：　部署：　　役職：
氏名：

T　E　L　：　　F　A　X:

下記の【登録者】は、実際にMCS利用に携わる方々をご記入ください。
※1:事務局と連絡可能な管理者のメールアドレスは記入必須です。
※参加される登録者のメールアドレスは事務局にて一括発行できます。個人別に登録する場合は、事業所用アドレス
※2:【管理者】欄には、MCSに登録する際、管理者権限（新規スタッフ招待、患者登録、グループ作成等
の権限）を設定する方に○印を記載願います。（１施設に１名以上設定可）

※4：欄が不足する場合は、コピー等でご対応願います。

NO	登録者 （氏名）	職種	メールアドレス	在宅連絡帳 （MCS）	管理者
記載例	やまだ　たろう 山田　太郎	看護師	xxxx@xx.co.jp	○	○
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

多職種ネットワーク「メディカルケアステーション」（MCS）一括登録代行申込書

MICT運営委員会事務局
（care-suisin@cure.or.jp）

【様式2】

申し込み日：　2024年　　月　　日

施設情報					スタッフ情報						
					ふりがな	生年月日					
施設名	郵便番号	住所	電話番号	施設の種類	名前（フリガナ）	昭和（S）・平成（H）	性別	職種	MCS　ID（メールアドレス）	パスワード	管理者か*1
						S / H　　.　　.					
						S / H　　.　　.					
						S / H　　.　　.					
						S / H　　.　　.					
						S / H　　.　　.					
						S / H　　.　　.					
						S / H　　.　　.					
						S / H　　.　　.					
						S / H　　.　　.					
						S / H　　.　　.					

ここに記載されたスタッフは、MCSの利用規約について同意している前提で申し込みいたします。

*1:　管理者は、各施設ごとに1名以上設定可能です。　管理者には〇印をお願い致します。

メールアドレスは、セキュリティの観点からも、おひとりに1つ必要になります。

宮崎市MCS運営事務局で、メールアドレスを準備しますので、小文字英数8文字以内のIDを決めて下さい。

（ID：abcd1234->メールアドレス：abcd1234@mccnet-ml01.org）

MCS従事者等　変更届出書

【様式3】

地域包括ケア推進センター　宛

R5.4.1更新

下記内容について変更依頼をいたします。　　令和　　年　　月　　日

事業所名

担当者名

連絡先(電話番号)

届 出 事 由						
※下記欄□のうち該当するものにチェック✓をしてください。						
事業所名変更 □	旧 フリガナ					
	新 フリガナ					
所在地変更 □	旧 〒					
	住所					
	電話番号					
	E-mail					
	新 〒					
	住所					
	電話番号					
	E-mail					
代表者・管理者の変更 □	代表者変更□	旧 フリガナ (姓)	(名)	→	新 フリガナ (姓)	(名)
	管理者変更□	旧 フリガナ (姓)	(名)	→	新 フリガナ (姓)	(名)
【追加】 入職・法人内の異動 □	※複数名いる場合は続けてご記入ください					
	① 入職□ 異動□	フリガナ (姓)			(名)	
	① 個人ｱﾄﾞﾚｽ□ ｾﾝﾀｰに依頼□	個人ｱﾄﾞﾚｽで登録(ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽをご記入下さい @			地域包括ケア推進センターのｱﾄﾞﾚｽを希望 貴事業所の続き番号で作成いたします @mccnet-ml01.org	
	② 入職□ 異動□	フリガナ (姓)			(名)	
	② 個人ｱﾄﾞﾚｽ□ ｾﾝﾀｰに依頼□	個人ｱﾄﾞﾚｽで登録(ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽをご記入下さい @			地域包括ケア推進センターのｱﾄﾞﾚｽを希望 貴事業所の続き番号で作成いたします @mccnet-ml01.org	
	③ 入職□ 異動□	フリガナ (姓)			(名)	
	③ 個人ｱﾄﾞﾚｽ□ ｾﾝﾀｰに依頼□	個人ｱﾄﾞﾚｽで登録(ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽをご記入下さい @			地域包括ケア推進センターのｱﾄﾞﾚｽを希望 貴事業所の続き番号で作成いたします @mccnet-ml01.org	
【削除】 退職・法人内の異動	※複数名いる場合は続けてご記入ください					
	① 退職□ 異動□	フリガナ (姓)			(名)	
	② 退職□ 異動□	フリガナ (姓)			(名)	
氏名変更 □	① 旧 フリガナ (姓)		(名)	→	新 フリガナ (姓)	(名)

別紙様式4

従事者誓約書
（業務情報保持に関する誓約書）

管理者　　殿

（業務情報保持の誓約）

第１条 私は、貴事業所の業務の従業者として、法令（法律、政令、省令、条例、規則、告示、通達、事務ガイドライン等を含みます。）及び貴事業所内の諸規定（就業規則、マニュアル等を含みます。）を遵守するとともに、以下の情報（以下、「業務情報」といいます。）の一切を、貴事業所の許可なく、開示、漏えい又は使用しないことを誓約します。

① 患者、患者の家族及び貴事業所に関わる者並びにこれらの関係者の一切の個人情報（氏名、生年月日、住所、病歴、治療歴、提供するサービスの計画、提供したサービス内容等のほか、特定の個人を識別することができるものを含みます。）

② その他貴事業所内で知り得た情報（患者、患者の家族及び貴事業所に関わる者並びにこれらの関係者の一切の情報はもちろんのこと、それ以外の貴事業所内における情報も含みます。）

③ その他業務に関連して知り得た情報（業務に関連して第三者から提供された情報を含みますがこれに限られません。）

（情報の管理等）

第２条 １ 私は、貴事業所の業務に関連して取得する情報（紙媒体のものだけでなく、電子データも含みます。）を貴事業所の許可なく複写したり、外部に持ち出したり、又は外部に送信したりしないものとします。

２ 私は、貴事業所から貸与を受けた機器（携帯電話、タブレット端末機器、ノートパソコンを含みますがこれらに限られません。）以外の機器を業務で使用する場合には、必ず貴事業所の書面による許可を得るものとし、許可を得た機器以外の機器に情報を保存しないものとします。
　また、許可を得た機器に保存されている情報については、業務上不要となった時点で速やかに消去するものとします。

３ 私は、貴事業所のシステムにアクセスする際に、与えられたアクセス権限を超えた操作を行ったり、不正な手段を用いてアクセスを行ったりしないものとします。

（利用目的外での使用の禁止）

第３条 私は、当該情報を貴事業所が定める目的以外で利用しないものとし、かつ患者その他の第三者のプライバシーその他の権利を侵害するような行為を一切しないものとします。

（退職後の業務情報保持の誓約）

第４条 私は、貴事業所を退職した後も、業務情報の一切を、貴事業所の許可なく、開示、漏えい又は使用しないことを誓約します。

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　（自署）

別紙様式5

患者同意書
(MCS(メディカルケアステーション）による個人情報使用同意書)

（使用の目的）
１　患者さんの生活をより良くするために、ICTを活用した情報連携システムであるメディカルケアステーション（以下、「MCS」）を使って、患者さんの医療・介護・福祉に関わる施設及び職種（病院・診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、ケアマネージャー、デイサービス、ヘルパー等）の間で、患者さんの状態又は医療・介護・福祉の情報をやりとりし、連携を深めることを目的とします。

（使用するITを活用した連絡手段）
２　MCSでは、多施設・多職種の間で、パソコンやスマートフォンなどを、インターネットにより、安全につないで、患者さんの情報をやりとりするための情報共有手段として、医療介護専用に開発され、情報漏洩に対する安全性が高く、しっかりした管理ができる、「メディカルケアステーション」（エンブレース株式会社提供）を用います。

（使用にあたっての条件）
３　患者さんの個人情報のやりとりは、前述した目的の範囲内で必要最小限の関係者及び内容にとどめ、情報提供の際は関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払います。
　MCSで扱う個人情報は、個人情報保護法に基づき適切に管理します。患者さん及びその家族に
利用料金がかかることは一切ありません。

（やりとりされる情報について）
４　やりとりされる情報については、以下のとおりです。
患者氏名、生年月日、年齢、住所、電話番号、病歴、病名、
治療や検査の内容（薬剤、処置、血液検査や画像検査の結果など）　日々の患者さんの状態（褥瘡などの体の写真やビデオを含む）
関係する医療・介護・福祉施設の情報
その他、医療・介護・福祉に付随する情報

（患者さんが有する権利）
５　患者さんは、MCSについて、以下の権利があります。
・ある特定の情報のやりとりを拒否する
・患者さんに関するMCSの利用の停止又は消去を求める

（問い合わせ先）
６　MCSに関するお問い合わせは、当事業所もしくは下記の事務局までご連絡願います。

MCS利用支援事務局
〒880-2102 宮崎市大字有田1173番地　宮崎市郡医師会病院１階　地域包括ケア推進センター
ＴＥＬ：0985-77-9106　/　ＦＡＸ：0985-77-9126

「MCS:メディカルケアステーション」における個人情報使用同意書

年　　月　　日

私は、「MCS」における個人情報使用に関する事項について説明を受け、いずれも同意します。

＜患者＞

氏名　　㊞

住所

＜家族1＞

氏名　　（続柄）　　㊞

住所

＜家族2＞

氏名　　（続柄）　　㊞

住所

＜説明・同意取得者＞

氏名　　㊞

住所

主治医以外が、説明・同意書取得を行った場合、以下に記入する。
＜説明・同意書取得を指示した医師＞

氏名　　㊞

住所

【様式6】

MCS管理者連絡会・MCS連携グループ参加申込書・解除連絡書

申込み日	

1）希望される内容をチェックしてください

□登録希望	□　MCS管理者連絡会（事業所管理者の方対象） □　MCS連携グループ（宮崎市郡の医療介護関係者全員対象）

□解除希望	□　MCS管理者連絡会（事業所管理者の方対象） □　MCS連携グループ（宮崎市郡の医療介護関係者全員対象）

2）登録情報を教えてください

利用者氏名
事業所名
MCSアカウント（登録メールアドレス）

送付先　MCS利用支援事務局：宮崎市郡医師会地域包括ケア推進センター

〒880-2102　宮崎市大字有田1173番地

FAX

Email