



あじさいネット 患者登録依頼書

FAX送付
場所

● 平日(自院の受付時間内)

● 時間外(夜間…16:30~9:30
休日…24時間)

➡ 自院の連携業務担当部署

➡ 外部委託: 082-505-4530

時間外登録委託業者: (株)NTTデータ中国

TEL: 0120-24-9980

※ 時間外にFAX送信してから1時間以上、作業報告書FAXが届かない場合は
左記の電話番号にご連絡をお願いします。

下記の当院の患者様について、長崎地域医療連携ネットワークシステム(通称:あじさいネット)に登録を依頼します。

登録する患者様情報		依頼日	
		20	年 月 日
フリガナ【必須】 ^⑭		性別【必須】 ^⑮	男 ・ 女
患者氏名【必須】 ^⑮		旧姓	
生年月日【必須】 ^⑯	明治・大正・昭和・ 平成・令和 年 月 日生	自院での 患者ID【必須】 ^⑰	
住 所【必須】 ^⑰	〒	電話番号【必須】 ^⑱	

職員記入欄

依頼者氏名【必須】 ^⑤		あじさいID【必須】		
医療機関名【必須】 ^④ ^⑧		診療科 (または所属部署)		
電話番号【必須】 ^⑨ (または内線番号) ※時間外の場合は外線	(外線・内線)	FAX番号【必須】 ^⑩		
使用目的 (必ずチェック)	<input type="checkbox"/> 診療 <input type="checkbox"/> 研究 <input type="checkbox"/> その他()			
同意の有無 (必ずチェック)	<input type="checkbox"/> 口頭同意 <input type="checkbox"/> 文書同意 <input type="checkbox"/> カルテに記載 <input type="checkbox"/> なし			
同様に 利用する 職員	氏名	診療科(または所属部署)	あじさいID	職種(該当に○、なければ記入) 医師・薬剤師・看護師 他()
				医師・薬剤師・看護師 他()
				医師・薬剤師・看護師 他()
				医師・薬剤師・看護師 他()
				医師・薬剤師・看護師 他()
				医師・薬剤師・看護師 他()
				医師・薬剤師・看護師 他()
				医師・薬剤師・看護師 他()
備考欄				

● 必要事項を記入し、自院の連携業務を行なう担当部署(地域連携室等)へお渡しください。

※ (株)NTTデータ中国
作業記入欄