

## MICT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ください。  
以下の書類をご準備していただき、MICT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；MICT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；MICT事務局提出用原本、事業所保存用）	
別紙様式2	施設又は組織誓約書	初回登録時は必須（2部；MICT事務局提出用原本、事業所保存用）	
別紙様式3	MICT従事者登録変更通知書	変更がある場合のみ必要な書類。 初回登録時は不要。（2部；MICT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、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、MICT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。控えを事務局に郵送は必須。（4部；事業所保存用原本、MICT事務局提出用、患者さん用、担当訪問看護ステーション用）	
別紙様式6	MICT従事者メールアドレス変更依頼書	メールアドレス変更時のみ メールアドレス変更希望のときに事務局へ提出をしてください。	

### 【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

宮崎市郡在宅医療介護情報連携システム（MICT）  
利用申込書

宮崎市郡医師会MICT事務局 御中

本事業所において、MICTを利用した情報共有を行いたいので、誓約書（別紙様式2）を添えて、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

印

# 宮崎市郡在宅医療介護情報連携システム (MICT) 登録申請書

MICT事務局 御中  
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  
mail : care-suisin@cure.or.jp

申込日：令和 3 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MICTに登録される医介連携に携わる方々をご記入ください。

※1:登録者のメールアドレスは任意記入です。事務局と連絡可能な管理者の個別のメールアドレスは記入必須です。MICTへ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いたします。

・MICT（「在宅版カルテ・情報ストックシステム」「在宅連絡帳」、）の登録やログインに必要となります。

※2:【管理者】欄には、MICT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）

※3:MICTは、在宅医療介護のストック情報共有システムである「在宅版カルテ・情報ストックシステム (Man・Go!)」と、在宅医療介護のチャットシステムである「在宅連絡帳 (MCS)」の2つのシステムによって構成されています。参加登録を希望されるシステムについて、「○」を記載ください。

※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	在宅版カルテ・ 情報ストックシステム (Man・Go!)	在宅連絡帳 (MCS)	管理者
記載例	やまだ たろう	看護師	xxxx@xx.co.jp	○	○	○
	山田 太郎					
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

MICT利用に係る  
施設又は組織誓約書

MICT事務局 御中

私は、宮崎市郡在宅医療介護連携システム（MICT）（以下、「MICT」と略）を利用する施設又は組織の長として、法令及び「MICT運用ポリシー」を遵守して、本システムが適正に利用されるように、従事者、ICTシステム、機器及びデータ等を厳重に管理することで、個人情報漏洩及び利用目的外使用を防止するとともに、「MICT」を利用して連携する他の施設又は組織に迷惑がかからないように務めることを誓約します。

また、「MICT」の利用に関して、MICT運営委員会の注意や指導に従うことを誓約します。

令和 年 月 日

施設又は組織名	
施設又は組織 所在地	
管理者氏名	Ⓜ
管理者の役職	

# MICT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

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							
※下記欄口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 <input type="checkbox"/>	旧	フリガナ					
	↓						
	新	フリガナ					
所在地変更 <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	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)	
	※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)
②	入職 □ 異動 □	フリガナ (姓)				(名)	
③	入職 □ 異動 □	フリガナ (姓)				(名)	
④	入職 □ 異動 □	フリガナ (姓)				(名)	
⑤	入職 □ 異動 □	フリガナ (姓)				(名)	
【追加】 入職・法人内の異動 <input type="checkbox"/>	※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)
	③	退職 □ 異動 □	フリガナ (姓)				(名)
	④	退職 □ 異動 □	フリガナ (姓)				(名)
【削除】 退職・法人内の異動 <input type="checkbox"/>	⑤	退職 □ 異動 □	フリガナ (姓)				(名)
	※複数名いる場合は続けてご記入ください						
	①	旧 フリガナ (姓)	(名)	→	新 フリガナ (姓)	(名)	
	※複数名いる場合は続けてご記入ください						
	②	旧 フリガナ (姓)	(名)	→	新 フリガナ (姓)	(名)	

## 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製したり、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)

## 患者同意書 (MICTにおけ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、ITを活用した情報連携システムである宮崎市郡在宅医療介護情報連携システム（以下、「MICT」と略）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 MICT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、医療介護専用が開発され、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、在宅版カルテ・情報ストックシステム「Man・Go!」（株式会社コア・クリエイトシステム提供）及び在宅連絡帳「メディカルケアステーション」（株式会社日本エンブレース提供）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。MICT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、MICT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MICTの利用の停止又は消去を求める

### (問い合わせ先)

6 MICTに関するお問い合わせは、下記の事務局までご連絡願います。

#### MICT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

## 「MICT」における個人情報使用同意書

年 月 日

私は、「MICT」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

Ⓔ

住所

<家族2>

氏名

Ⓔ

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



## MICT従事者メールアドレス変更依頼書

MICT事務局 御中

本事業所において、MICT利用者の変更がありましたので、以下のとおりメールアドレス変更を依頼いたします。

年 月 日

施設又は組織名：

\_\_\_\_\_

管理者氏名：

\_\_\_\_\_ ㊞

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：

\_\_\_\_\_

下記に変更された方をご記入ください。

NO	変更者 (氏名)	職種	旧メールアドレス	希望 新メールアドレス	管理者
1	_____				
2	_____				
3	_____				
4	_____				
5	_____				
6	_____				
7	_____				