

施設登録申請について



施設登録までの流れ

1. 施設管理者の決定	参加申請施設において、施設管理者を決める。
2. 書類による申請	「参加に係る誓約書」を所在区のはち丸在宅支援センターへ提出する。
3. Webによる申請	はち丸ネットワークのポータルサイトより、施設登録申請を行う。
4. 承認作業	[支援センター作業] 誓約書とWeb申請を確認後、承認する。
5. 電子証明書及びセキュリティソフトのインストール	申請時に登録したメールアドレス宛に届いたメールの内容に従って、電子証明書及びセキュリティソフトをインストールする。



施設登録までの流れ（書類による申請）

はち丸ネットワークのホームページへアクセス
<https://ehr.hachimaru-net.nagoya/>

The screenshot shows the homepage of the Hachimaru Network. At the top left is the logo and text '医療・介護連携ネットワーク はち丸ネットワーク'. To the right are links for 'ポータルへログイン' and 'はち丸ネットワーク活用支援'. Below these is a navigation menu with 'ホーム', 'ご挨拶・組織構成', 'はち丸ネットワークについて', '利用手順', '各種様式', 'サポート窓口', and '登録施設一覧'. The '各種様式' link is highlighted with a red box and a callout bubble that says '「各種様式」をクリック'. The main banner features a cityscape illustration and the text '医療・介護を結ぶネットワーク はち丸ネットワーク'. At the bottom right, a statistics box shows '参加施設数 1,262施設', '利用者数 3,084名', and '登録患者数 79,417名'. A cartoon character is at the bottom center.

施設登録までの流れ（書類による申請）

The screenshot shows the top navigation bar with links for 'ホーム', 'ご挨拶・組織構成', 'はち丸ネットワークについて', '利用手順', '各種様式', 'サポート窓口', and '登録施設一覧'. There are also buttons for 'ポータルへログイン' and 'はち丸ネットワーク活用支援'. The main heading reads 'はち丸ネットワークへの参加を希望する施設の方へ'. Below this, two items are listed: '様式3 はち丸ネットワークへの参加に係る誓約書' and '様式4 はち丸ネットワークへの参加に係る誓約書（変更届）'. A red callout box points to '様式3' with the text '様式3をクリック'.

ポータルへログイン > はち丸ネットワーク活用支援 >

ホーム ご挨拶・組織構成 はち丸ネットワークについて 利用手順 各種様式 サポート窓口 登録施設一覧

はち丸ネットワークへの参加を希望する施設の方へ

様式3 はち丸ネットワークへの参加に係る誓約書

様式3のご提出と併せて、施設登録申請(Web申請)をお願いいたします。

様式4 はち丸ネットワークへの参加に係る誓約書（変更届）

申請内容に変更が生じた際に提出する様式です。

様式3をクリック



施設登録までの流れ（書類による申請）

様式3

原本を所在区の在宅医療・介護連携支援センターへご提出ください。

はち丸ネットワークへの参加に係る誓約書

一般社団法人名古屋市医師会 殿
はち丸ネットワークの趣旨を理解し、利用規約を遵守することを誓います。

施設名			
施設住所	〒 -		
所属団体	<input type="checkbox"/> 名古屋市医師会 <input type="checkbox"/> 名古屋市歯科医師会 <input type="checkbox"/> 名古屋市薬剤師会 <input type="checkbox"/> 名古屋市指定介護保険事業所番号を保有している事業所 番号 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> その他 ()		
代表者名	Ⓜ		
施設管理者名	Ⓜ		
電話番号	()	FAX番号	()

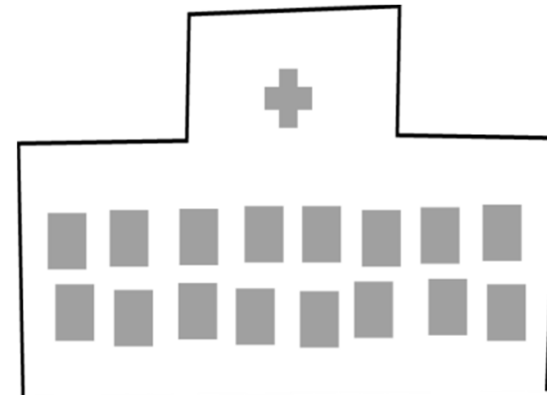
(事務局記入欄)

受理：平成 年 月 日

受理印

原本提出

各区支援センターへ
「郵送」または「直接持参」



※取り急ぎFAXでも受付いたしますが、必ず原本をご提出ください。

施設登録までの流れ（Webによる申請）

はち丸ネットワークのホームページへアクセス
<https://ehr.hachimaru-net.nagoya/>

ポータルへログイン > はち丸ネットワーク活用支援 >

ホーム ご挨拶・組織構成 はち丸ネットワークについて 利用手順 各種様式 サポート窓口 登録施設一覧

セキュリティソフトについて

セキュリティソフト手順マニュアル > セキュリティソフト設定 >

施設管理者の方へ

施設登録申請 > 施設廃止申請 >

ログインID/パスワードをお忘れの方 >

「施設登録申請」をクリック

現在のご利用状況

参加施設数	1,262 施設
利用者数	3,084 名
登録患者数	79,417 名

施設登録までの流れ（Webによる申請）

施設登録申請

この申請を行うとともにも所在区の在宅医療・介護連携支援センターに「誓約書」をご提出ください。

施設情報

正式施設名 *	<input type="text"/>
正式施設名カナ *	<input type="text"/>
施設名（略称） *	<input type="text"/>
※15文字以内で入力	
郵便番号 *	例) 460-0001 <input type="button" value="検索"/>
(半角数字 ハイフンを含めて入力)	
都道府県 *	愛知県 ▼
市区町村 *	<input type="text"/>
町域（大字） *	<input type="text"/>
番地 *	<input type="text"/>
建物名等	(任意)
施設電話番号 *	<input type="text"/>
※半角数字 ハイフンを含めて入力	
施設属性 *	-- 選択してください -- ▼

施設管理者情報

担当者名 姓 *	<input type="text"/>
担当者名 名 *	<input type="text"/>
担当者名 セイ *	<input type="text"/>
担当者名 メイ *	<input type="text"/>
資格属性 *	-- 選択してください -- ▼
職種属性 *	-- 選択してください -- ▼
メールアドレス *	<input type="text"/>
メールアドレス *	<input type="text"/>
確認 *	<input type="text"/>
ユーザ名(ログインID) *	<input type="text"/>
※10桁以上の半角英数字記号で入力 ※使用できる記号は +=^~ []/?!"#\$%&()<>+*!;.,_@ です。	
パスワード *	<input type="password"/>
※8桁以上の英数字で入力 ※英数字記号を最低1つずつ使用し組み合わせで作成すること ※使用できる記号は +=^~ []/?!"#\$%&()<>+*!;.,_@ です。	

※ユーザ名（ログインID）/パスワードは、はちれネットワークのログインに使用します。
※*印入力枠は必須で入力いただく項目になります。

施設情報

正式施設名 *	<input type="text"/>								
正式施設名カナ *	<input type="text"/>								
施設名（略称） *	<input type="text"/>								
※15文字以内で入力									
郵便番号 *	例) 460-0001 <input type="button" value="検索"/>								
(半角数字 ハイフンを含めて入力)									
都道府県 *	愛知県 ▼								
市区町村 *	<input type="text"/>								
町域（大字） *	<input type="text"/>								
番地 *	<input type="text"/>								
建物名等	(任意)								
施設電話番号 *	<input type="text"/>								
※半角数字 ハイフンを含めて入力									
施設属性 *	医科診療所 ▼								
医療機関番号 *	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">県コード</td> <td style="width: 25%;">区分</td> <td style="width: 25%;">医療機関等コード</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td><input type="text" value="23"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/> 不明</td> </tr> </table>	県コード	区分	医療機関等コード		<input type="text" value="23"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 不明
県コード	区分	医療機関等コード							
<input type="text" value="23"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 不明						
※不明の場合はチェックをつけてください									

施設属性において、
医療関係施設を選択した場合、**医療機関番号**を入力してください。
 （不明の場合は、“不明”に☑してください）

施設登録までの流れ（Webによる申請）

施設登録申請

この申請を行うとともにも所在区の在宅医療・介護連携支援センターに「誓約書」をご提出ください。

施設情報

正式施設名 *	<input type="text"/>
正式施設名カナ *	<input type="text"/>
施設名（略称） *	<input type="text"/>
※15文字以内で入力	
郵便番号 *	例) 460-0001 <input type="button" value="検索"/>
(半角数字 ハイフンを含めて入力)	
都道府県 *	愛知県 ▼
市区町村 *	<input type="text"/>
町域（大字） *	<input type="text"/>
番地 *	<input type="text"/>
建物名等	(任意)
施設電話番号 *	<input type="text"/>
※半角数字 ハイフンを含めて入力	
施設属性 *	-- 選択してください -- ▼

施設管理者情報

担当者名 姓 *	<input type="text"/>
担当者名 名 *	<input type="text"/>
担当者名 セイ *	<input type="text"/>
担当者名 メイ *	<input type="text"/>
資格属性 *	-- 選択してください -- ▼
職種属性 *	-- 選択してください -- ▼
メールアドレス *	<input type="text"/>
メールアドレス *	<input type="text"/>
確認 *	<input type="text"/>
ユーザ名(ログインID) *	<input type="text"/>
※10桁以上の半角英数字記号にて入力 ※使用できる記号は - ^ ~ [] / ? ! " # \$ % & () < > + * , ; _ @ です。	
パスワード *	<input type="password"/>
※8桁以上の英数字にて入力 ※英数字記号を最低1つずつ使用し組み合わせで作成すること ※使用できる記号は - ^ ~ [] / ? ! " # \$ % & () < > + * , ; _ @ です。	

※ユーザ名（ログインID）/パスワードは、はちれネットワークのログインに使用します。
※*印入力枠は必須で入力いただく項目になります。

施設情報

正式施設名 *	<input type="text"/>								
正式施設名カナ *	<input type="text"/>								
施設名（略称） *	<input type="text"/>								
※15文字以内で入力									
郵便番号 *	例) 460-0001 <input type="button" value="検索"/>								
(半角数字 ハイフンを含めて入力)									
都道府県 *	愛知県 ▼								
市区町村 *	<input type="text"/>								
町域（大字） *	<input type="text"/>								
番地 *	<input type="text"/>								
建物名等	(任意)								
施設電話番号 *	<input type="text"/>								
※半角数字 ハイフンを含めて入力									
施設属性 *	訪問看護ステーション ▼								
介護保険事業所番号 *	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; font-size: x-small;">県コード</td> <td style="width: 25%; font-size: x-small;">区分</td> <td style="width: 25%; font-size: x-small;">医療機関等コード</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td><input type="text" value="23"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/> 不明</td> </tr> </table>	県コード	区分	医療機関等コード		<input type="text" value="23"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 不明
県コード	区分	医療機関等コード							
<input type="text" value="23"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 不明						
※不明の場合はチェックをつけてください									

施設属性において、**介護関係施設**を選択した場合、**介護保険事業所番号**を入力してください。（不明の場合は、“不明”に☑してください）

施設登録までの流れ (Webによる申請)

施設登録申請

この申請を行うとともに所在区の在宅医療・介護連携支援センターに「誓約書」をご提出ください。

施設情報

正式施設名 *	
正式施設名カナ *	
施設名 (略称) *	※15文字以内で入力
郵便番号 *	例) 460-0001 検索
	(半角数字 ハイフンを含めて入力)
都道府県 *	愛知県 ▼
市区町村 *	
町域 (大字) *	
番地 *	
建物名等	(任意)
施設電話番号 *	※半角数字 ハイフンを含めて入力
施設属性 *	-- 選択してください -- ▼

施設管理者情報

担当者名 姓 *	
担当者名 名 *	
担当者名 セイ *	
担当者名 メイ *	
資格属性 *	-- 選択してください -- ▼
職種属性 *	-- 選択してください -- ▼
メールアドレス *	
メールアドレス確認 *	
ユーザ名(ログインID) *	※10桁以上の半角英数字記号にて入力 ※使用できる記号は - = ^ ~ [] { } / ? ! " # \$ % & () < > + * ; , _ . @ です。
パスワード *	※8桁以上の英数字にて入力 ※英数記号を最低1つずつ使用し組み合わせて作成すること ※使用できる記号は - = ^ ~ [] { } / ? ! " # \$ % & () < > + * ; , _ . @ です。

※ユーザ名 (ログインID) /パスワードは、はちれネットワークのログインに使用します。
※*印入力枠は必須で入力いただく項目になります。

確認へ

施設管理者情報

担当者名 姓 *	
担当者名 名 *	
担当者名 セイ *	
担当者名 メイ *	
資格属性 *	医師 (MedicalDoctor) (Dr) ▼
職種属性 *	-- 選択してください -- ▼
メールアドレス *	
メールアドレス確認 *	
ユーザ名(ログインID) *	※10桁以上の半角英数字記号にて入力 ※使用できる記号は - = ^ ~ [] { } / ? ! " # \$ % & () < > + * ; , _ . @ です。
パスワード *	※8桁以上の英数字にて入力 ※英数記号を最低1つずつ使用し組み合わせて作成すること ※使用できる記号は - = ^ ~ [] { } / ? ! " # \$ % & () < > + * ; , _ . @ です。
診療科名称等 *	※医師の場合必須
医籍登録番号 *	※医師の場合必須

資格属性において、**医師**を選択した場合、**診療科名称等**及び**医籍登録番号**を入力してください。



施設登録までの流れ (Webによる申請)

施設登録申請

この申請を行うとともに所在区の在宅医療・介護連携支援センターに「誓約書」をご提出ください。

施設情報

正式施設名 *

施設属性 * -- 選択してください --

施設管理者情報

担当者名 姓 *

担当者名 名 *

担当者名 セイ *

担当者名 メイ *

資格属性 *

職種属性 * -- 選択してください --

メールアドレス *

メールアドレス確認 *

ユーザ名(ログインID) *

パスワード *

セキュリティツールをインストールするための案内メールが届きます。
『受信可能なメールアドレス』を入力してください。

はち丸ネットワークへログインするための『ユーザ名(ログインID)』『パスワード』を入力します。

- ・ユーザ名(ログインID)は【10桁以上の英数字】
- ・パスワードは【8桁以上の英数記号】(いずれも20文字未満)

※10桁以上の半角英数字記号にて入力
※使用できる記号は `-=^~|[]{}/?!"#$%&()<>+*.,_@` です。

※8桁以上の英数字にて入力
※英数記号を最低1つずつ使用し組み合わせて作成すること
※使用できる記号は `-=^~|[]{}/?!"#$%&()<>+*.,_@` です。

【使用可能な記号】
`-=^~|[]{}/?!"#$%&()<>+*.,_@`

※ユーザ名(ログインID)/パスワードは、はち丸ネットワークのログインに使用します。
※*印入力枠は必須で入力いただく項目になります。

確認へ

施設登録までの流れ（Webによる申請）

申請内容を確認のうえ
「次へ」をクリック

申請内容	
正式施設名	テスト医療機関
正式施設名カナ	テストイリョウキカン
施設名（略称）	テスト医療機関
郵便番号	461-0004
都道府県	愛知県
市区町村	名古屋市東区
町域（大字）	葵
番地	1-4-38
建物名等	
施設電話番号	000-123-4567
施設属性	医科診療所
医療機関番号 / 介護保険事業所番号	0000123456
担当者名 姓	テスト
担当者名 名	事務長
担当者名 セイ	テスト
担当者名 メイ	シムチョウ
資格属性	その他（Oth）
職種属性	医療系事業所職員
メールアドレス	test@shikai.nagoya
ユーザ名（ログインID）	testshikaijimu
パスワード	test@test@test000
医籍番号	

※ 次へボタンをクリックし、各種連携ツール利用端末の種別を選択してください。

戻る 次へ



施設登録までの流れ（Webによる申請）

アクセス用証明書インストール端末種別選択

証明書を発行する際の端末種別、備考（使用機器名など）を入力してください。

端末種別 ▼ 利用端末を選択

※ 端末種別が不明な場合は、Windowsを選択してください。

備考

「登録」をクリック 登録 閉じる

各区支援センターにて承認作業終了後、入力したメールアドレス宛にセキュリティツールをインストールするための案内メール等が届きます。