

患者情報の変更について



患者情報の変更について

はち丸ネットワーク登録患者の氏名、性別、電話番号、生年月日、現住所、緊急連絡先、名古屋市国民健康保険・後期高齢者医療保険・介護保険の各被保険者番号等が変更された場合は、変更内容ははち丸在宅支援センターへお知らせください。患者情報の変更に伴う同意は不要です。

1. 変更情報の記入

様式2（はち丸ネットワーク 参加同意書（追加同意・変更用））もしくは「変更内容が分かる様式」に、はち丸ネットワーク登録患者と突合できる情報と、患者情報の変更内容をご記入ください。

2. はち丸在宅支援センターへのご連絡

変更内容を記入した様式は、はち丸在宅支援センターへご提出ください。



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 for '医療・介護連携ネットワーク はち丸ネットワーク' (Medical and Nursing Collaboration Network Hachimaru Network). To the right are buttons for 'ポータルへログイン' (Login to Portal) and 'はち丸ネットワーク活用支援' (Support for Hachimaru Network Utilization). Below these is a navigation menu with links for 'ホーム' (Home), 'ご挨拶・組織構成' (Greetings/Organization), 'はち丸ネットワークについて' (About Hachimaru Network), '利用手順' (Usage Instructions), '各種様式' (Various Forms), 'サポート窓口' (Support Office), and '登録施設一覧' (List of Registered Facilities). A red box highlights the '各種様式' link. Below the navigation is a large banner with 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'. A red callout bubble points to the banner with the text '各種様式をクリック' (Click on Various Forms). At the bottom right, a statistics box displays: '参加施設数 1,262施設' (Number of Participating Facilities: 1,262), '利用者数 3,084名' (Number of Users: 3,084), and '登録患者数 79,417名' (Number of Registered Patients: 79,417). A cartoon character is at the bottom center.

患者様の参加同意・参加撤回に関する様式について

様式2 はち丸ネットワーク参加同意書（追加・変更用）をクリック

様式2

はち丸ネットワーク参加同意書（追加・変更用）

様式2別紙

はち丸ネットワーク 参加同意書（追加同意・変更用） 登録説明書

患者情報の変更について

様式 2
はち丸ネットワーク 参加同意書（追加同意・変更用）

名古屋市長 殿
一般社団法人名古屋市医師会長 殿

私は、はち丸ネットワークに関する説明を理解し、その目的（国民健康保険及び後期高齢者医療保険のレセプト・健診）を、はち丸ネットワーク参加事業者が所有する情報を高い精度で変更が発生した場合も継続的に同意します。※はち丸ネットワーク参加事業者は、この同意書提出日から3年以内、継続的に同意する必要があります。

【本人記入欄】

本人の名前（必須）：
(代筆した方のみ前・本人との続柄を記入)

代筆者の名前： (本人との続柄：)

(法定代理人（成年後見人等）が同意する場合のみ記入)

法定代理人の名前： (本人との続柄：)

【本人情報欄】登録患者と突合できる情報を可能な範囲でご記入ください（本人以外の記入も可）。

フリガナ	性別	<input type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女
氏名	電話番号	()
生年月日	<input type="radio"/> 明・ <input type="radio"/> 大・ <input type="radio"/> 昭・ <input type="radio"/> 平・ <input type="radio"/> 令	年 月 日
現住所	〒 -	
緊急連絡先	フリガナ	本
	氏名	電話番号 ()
はち丸患者 ID	2 3 1	
名古屋国民健康保険 被保険者番号		
後期高齢者医療保険 被保険者番号		
介護保険 被保険者番号		

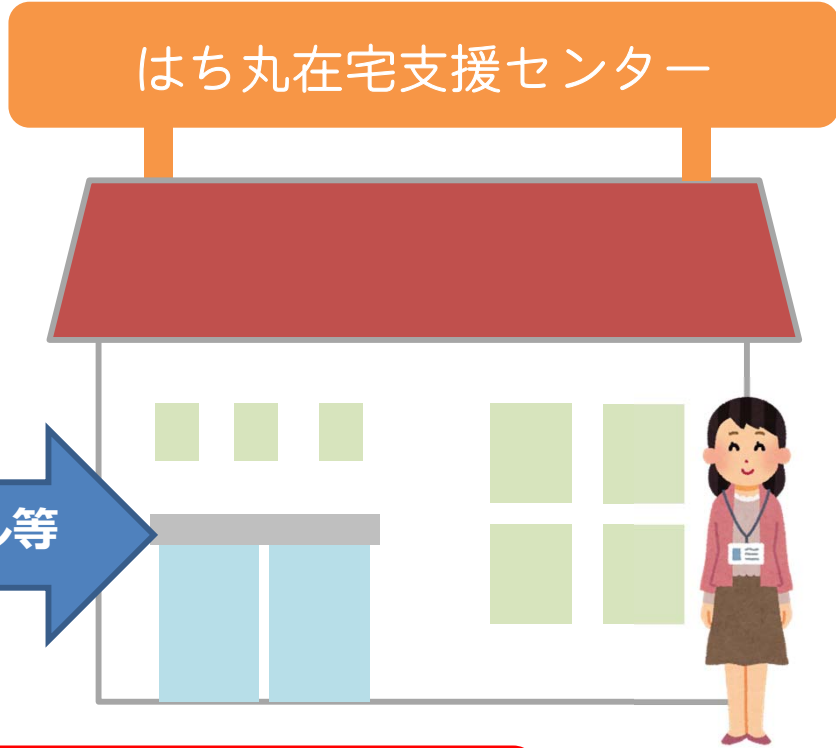
【受付施設記入欄】本書をはち丸在宅支援センターへご提出ください（原本以外の提出も可）。

受付施設名	(スタンプでも可)
施設住所	
電話番号	
受付者名	

・記載内容等について、一般社団法人名古屋市医師会（事務局）から確認のお電話をすることがあります。
この様式は既にはち丸ネットワーク参加済の方に対する追加同意・変更用のため、新規ではち丸ネットワークに参加をご希望される場合、新規用の同意書を取り寄せの上、お申し込みください。

(事務局記入欄) 受理: 年 月 日 受理印 Ver 1.0

様式2をご提出いただく場合、同意欄は記入不要です。



郵送、持参、FAX、メール等

必要事項を記入の上、はち丸在宅支援センターへご提出ください。