

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、変更内容を名古屋市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. 名古屋市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、名古屋市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 and name "はち丸ネットワーク" (Hachimaru Network) with the tagline "医療・介護連携ネットワーク" (Medical and Nursing Collaboration Network). To the right are navigation buttons: "ログイン" (Login), "接続方法のご案内" (Connection Method Guide), "セキュリティソフトダウンロード" (Security Software Download), and "施設登録申請" (Facility Registration Application). Below these is a link "パスワードをお忘れの方へ" (For those who have forgotten their password). The main navigation bar includes "市民向け・事業所向け" (For Citizens/Businesses), "ホーム" (Home), "ご挨拶・組織構成" (Greetings/Organization), "はち丸ネットワーク概要" (Overview), "登録施設一覧" (List of Registered Facilities), "事業所向け" (For Businesses), "利用手順" (Usage Procedure), "各種様式" (Various Forms), and "サポート窓口" (Support Window). A red box highlights the "各種様式" (Various Forms) link. Below the navigation is a large banner with a cityscape background, featuring the text "医療・介護を結ぶネットワーク" (Network connecting medical and nursing) and "はち丸ネットワーク" (Hachimaru Network). A red callout box 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 shows: "参加施設数 1,629施設" (Number of participating facilities: 1,629), "利用者数 3,630名" (Number of users: 3,630), and "登録患者数 85,511名" (Number of registered patients: 85,511). The Hachimaru character is also visible at the bottom center.

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）](#)

令和5年2月15日以前にご登録いただいた患者様に対する追加同意用の様式です。 [申請手順はこちら](#) >

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](#)

様式2に基づき患者様より追加同意をいただく際の説明書です。

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 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
し、はち丸ネットワーク参加事業者が所有する情報を含め
る情報に変更が発生した場合も継続的に同意します。※はち

【本人記入欄】

同意口 月 日

本人の名前（必須）：
(代筆した方の名前・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

▼下記については該当する方のみご記入ください。

名古屋市国民健康保険 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	(スタッフでも可)
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
・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
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。

名古屋市はち丸在宅支援センター

郵送、持参、FAX、メール等

必要事項を記入の上、
名古屋市はち丸在宅支援センターへご提出ください。

