

平成 28 年 5 月 1 日

地域医療連携システムのご登録を検討されている先生へ

拝啓 盛夏の候、先生におかれましては益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。

平素より医療連携につきましては、格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、予てよりご協力を頂いておりました地域医療連携システムの準備が整いましたので、ご利用登録のご案内をさせていただきます。

当初ご利用可能な検査、診療予約は以下の通りで御座いますが、順次拡大・導入を図ってまいります。

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. 放射線検査（C T、M R I、R I、骨塩定量、一般撮影）</li><li>2. 臨床検査（超音波、ホルター心電図、24 時間自由行動下血圧測定）</li><li>3. 診療科受診予約（神経内科、内視鏡科、脳神経外科、心臓外科、外科・便潜血外来）</li></ol> |
|---|

なお、インターネット予約のイメージ概要は別添資料のとおりであります。詳細につきましては、ご連絡いただければご説明にあがります。

当センターとしては利便性の高いシステムにより、さらに地域の先生方との医療連携の強化をしてまいりたいと考えておりますので、今後ともよろしくお願い申し上げます。

敬 具

地方独立行政法人  
東京都健康長寿医療センター  
センター長 許 俊悦  
医療連携室 吉澤 聖子  
放射線診療科 海野 泰

(お問い合わせ先)

医療連携室

電 話 03-3964-1141(代表)

F A X 03-3964-1982(代表)

e-mail [kiyoko\\_yoshizawa@tmghig.jp](mailto:kiyoko_yoshizawa@tmghig.jp)

放射線診療科

電 話 03-3964-1141 PHS 63031

e-mail [yasushi\\_unno@tmghig.jp](mailto:yasushi_unno@tmghig.jp)

## 地域医療連携 C@RNA Connect 新規申込書

富士フィルムメディカル株式会社が提供する地域医療連携 C@RNA Connect へのご加入を希望される場合は、「サービス利用規約」をよくお読みになり、以下必要事項をご記入の上、捺印をお願いいたします。なお利用できるサービス内容は、連携する病院と当社との契約如何によるものとします。

ご記入欄

お客様お申込日

平成 年 月 日

※「お客様の個人情報のお取り扱い」については、別紙をご確認ください。

契約施設名 (正式名称をご記入ください)	フリガナ
ご契約者名 (ご捺印は必須です)	フリガナ (役職) <span style="float: right;">印</span>
所在地	〒 -
電話番号	市外局番 ( ) -
FAX番号	市外局番 ( ) -
メールアドレス (携帯電話のメールアドレスはご遠慮ください)	
ご連絡先ご担当者氏名(書類送付先) (ご記入がない場合は、ご契約者様へ送付いたします)	(部署名) (氏名)
施設タイプ (該当する項目を1つだけ○で囲んでください)	病院 診療所 薬局 リハビリテーション病院 療養施設 老人保健施設 特別養護老人ホーム 訪問介護 その他( )
ご利用者名 (契約者と異なる場合にご記入ください)	フリガナ (部署名) (氏名)
ご利用者の職種 (該当する項目を1つだけ○で囲んでください)	医師 歯科医師 看護師 准看護師 臨床検査技師 診療放射線技師 薬剤師 理学療法士 言語聴覚士 作業療法士 精神保健福祉士 臨床心理技術者 メディカルソーシャルワーカー 栄養士 歯科衛生士 歯科技工士 臨床工学技師 ケアマネージャー その他の医療従事者 鍼灸師 保健師 事務 その他( )
契約施設と連携する施設名	地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター

【ご加入を希望される施設様の接続方法をお選びいただき、以下「□」の中にチェック(レ)をお願いいたします。】

施設様のPC端末を使用してインターネットで接続する。

その他( )

【サービスご利用時に必要となりますアカウントおよびパスワードのご希望を以下の欄にご記入ください。】

アカウント(第1希望)																				
アカウント(第2希望)																				

※アカウントは、第2希望までご記入ください。

※アカウントは「アルファベット(大文字)」、「アルファベット(小文字)」、「数字」、「記号」、のうち  
少なくとも2種類を組み合わせた8～12文字でお願いいたします。

パスワード																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※パスワードは「アルファベット(大文字)」、「アルファベット(小文字)」、「数字」、「記号」、のうち  
少なくとも2種類を組み合わせた8～12文字でご記入ください。

※パスワードはアカウントと異なるように設定ください。

## 販売会社記入欄

画像返信機能	使用する・しない	(備考欄)
時系列ビュー機能	使用する・しない	(備考欄)
担当営業所名		担当営業名
担当サービスセンター名		担当サービス名

## 文書管理情報

文書管理番号	システム契約ID	管理責任者
--------	----------	-------

# 【記入例】

## 地域医療連携 C@RNA Connect 新規申込書

富士フィルムメディカル株式会社が提供する地域医療連携 C@RNA Connect へのご加入を希望される場合は、「サービス利用規約」をよくお読みになり、以下必要事項をご記入の上、捺印をお願いいたします。なお利用できるサービス内容は、連携する病院と当社との契約如何によるものとします。

ご記入欄

お客様お申込日

平成 ○○ 年 × 月 △ 日

※「お客様の個人情報のお取り扱い」については、別紙をご確認ください。

契約施設名 (正式名称をご記入ください)	フリガナ <b>イリョウホウジンシャダンフジカイ フジクリニック</b> <b>医療法人社団富士会 富士クリニック</b>	ご捺印は必須です
ご契約者名 (ご捺印は必須です)	フリガナ <b>フジ タロウ</b> (役職) <b>院長 富士 太郎</b>	
所在地	〒 106 - 8620 <b>東京都港区西麻布2-26-30</b>	
電話番号	市外局番 ( 03 ) 6418 - 2010	
FAX番号	市外局番 ( 03 ) 6418 - 2020	
メールアドレス (携帯電話のメールアドレスはご遠慮ください)	<b>fuji-cli@fujifilm.co.jp</b>	
ご連絡先ご担当者氏名(書類送付先) (ご記入がない場合は、ご契約者様へ送付いたします)	(部署名) <b>企画課</b> (氏名) <b>六本木 花子</b>	
施設タイプ (該当する項目を1つだけ○で囲んでください)	病院 <b>診療所</b> 薬局 リハビリテーション病院 療養施設 老人保健施設 特別養護老人ホーム 訪問介護 その他( )	
ご利用者名 (契約者と異なる場合にご記入ください)	フリガナ <b>ナイカ フジ イチロウ</b> (部署名) <b>内科</b> (氏名) <b>富士 一郎</b>	
ご利用者の職種 (該当する項目を1つだけ○で囲んでください)	<b>医師</b> 歯科医師 看護師 准看護師 臨床検査技師 診療放射線技師 薬剤師 理学療法士 言語聴覚士 作業療法士 精神保健福祉士 臨床心理技術者 メディカルソーシャルワーカー 栄養士 歯科衛生士 歯科技工士 臨床工学技師 ケアマネージャー その他の医療従事者 鍼灸師 保健師 事務 その他( )	
契約施設と連携する施設名	<b>西麻布病院</b>	

【ご加入を希望される施設様の接続方法をお選びいただき、以下「□」の中にチェック(レ)をお願いいたします。】

施設様のPC端末を使用してインターネットで接続する。

その他( )

【サービスご利用時に必要となりますアカウントおよびパスワードのご希望を以下の欄にご記入ください。】

アカウント(第1希望)	<b>1 f u j i t</b>
アカウント(第2希望)	<b>f u j i 2 3 4</b>

※アカウントは、第2希望までご記入ください。

※アカウントは「アルファベット(大文字)」、「アルファベット(小文字)」、「数字」、「記号」、のうち少なくとも2種類を組み合わせた8~12文字でお願いいたします。

パスワード	<b>&amp; f u j i C L 5</b>
-------	----------------------------

※パスワードは「アルファベット(大文字)」、「アルファベット(小文字)」、「数字」、「記号」、のうち少なくとも2種類を組み合わせた8~12文字でご記入ください。

※パスワードはアカウントと異なるように設定ください。

### 販売会社記入欄

画像返信機能	使用する・しない	(備考欄)
時系列ビュー機能	使用する・しない	(備考欄)
担当営業所名		担当営業名
担当サービスセンター名		担当サービス名
文書管理情報		
文書管理番号	システム契約ID	管理責任者

医療法人 xx診療所  
院長 xxxx 様

平成 xx 年 xx 月 xx 日  
富士フィルムメディカル株式会社

## C@RNA Connect サービス開始のお知らせ

拝啓 時下益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。  
平素は格別のお引立てを賜り誠にありがとうございます。

さて、この度は、弊社の C@RNA Connect サービスにご加入いただき、誠にありがとうございます。  
サービス開始に関わる手続きが完了致しましたので、登録内容についてご案内申し上げます。  
尚、本お知らせの送付をもちましてサービス利用契約成立とさせていただきます。  
登録内容について変更等ございましたら、ポータルサイトトップページ「お客様情報」より変更申請を行って  
いただけますようお願い致します。  
今後とも末永くお付き合い賜りますようお願い申し上げます。

敬具

### 登録内容

サービス開始日	平成 xx 年 xx 月 xx 日
基本サービスタイプ	オンライン予約サービス
ブラウザ	Microsoft Internet Explorer 6.0/7.0/8.0 (推奨)
予約 URL	https://ap.renkei.fujifilm.jp/ ※httpsの"s"を必ず入力してください。 ※ログインの手順は簡易マニュアル(別紙)をご参照下さい。
アカウント	XXXXXXXXXX
初期パスワード	XXXXXXXXXX

### ※アカウント、パスワードの役割

- ・C@RNA Connect サービスをご利用の際に最初にアカウント及びパスワードを入力していただきます。
  - ・お問合せ時の本人確認などでご質問させていただくことがあります。
- お客様がパスワードをお忘れになった場合などは、初期パスワードに変更することがございますので、本誌を厳重に保管していただきますようお願い致します。

### ※取扱説明書について

ASSISTA Portal ログイン⇒C@RNA Connect トップ画面の右下「マニュアル」をクリック⇒「目次」をクリック  
⇒「2.2 C@RNA Connect を使用する(依頼側医療施設様用)」をクリックしてご確認ください。

### 【本件に関するお問い合わせ先】

富士フィルムソフトウェア株式会社  
C@RNA Connect お客様窓口  
電話番号：045-476-8920  
営業時間：月曜日～金曜日の9：00～18：00  
(祝日、夏季休業および年末年始は除く)

