|  |
| --- |
| 別紙資料 |

１．地域における貴施設の役割を具体的にご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

２．連携機関（病院、診療所、薬局等）との具体的な連携内容をご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

３．本事業にて、構築を予定しているネットワークのすがたをＡ４用紙５枚以内（概念、物理：別紙にて添付も可）で図示してください。施設間での患者IDの対応付けの方法についても言及してください。

|  |
| --- |
|  |

４．当該事業における連携機関数を病院、診療所ごとにご記入下さい。

|  |
| --- |
| 連携機関数　　　　　　　施設  （うち　病院　　　　　施設、診療所　　　　　　施設） |

５．本事業にて、どのようなセキュリティを構築するのか、具体的にご記入ください。ネットワーク上のセキュリティに限らず、患者からの同意取得や、アクセス権限についての方針も記述してください。

|  |
| --- |
|  |

６．この事業では、災害などでの医療機関内の診療システム停止時には、連携用のストレージのデータをバックアップとして参照することを想定していますが、このような場合の運用方針（だれが判断するか、アクセス権限はどうするかなど）の概略を記入してください。また、その方針を各連携機関に周知する方法についても触れてください。

|  |
| --- |
|  |

７．以下の項目について、「○」または「×」でご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

1. 医療機関間で患者の診療情報を共有するにあたっては、各医療

機関の情報システムから電子的診療情報をサーバーへ送信し、サーバー側で別途保存・管理する方式が取られているか。

|  |
| --- |
|  |

1. サーバーでの診療情報の保存・管理には、実施要綱に記載された「標準化ストレージ」の仕組みを用いているか。

|  |
| --- |
|  |

1. 情報交換する際の規格として、実施要綱に記載の標準規格および用語／コード標準マスターのうち該当するもの使用しているか。

|  |
| --- |
|  |

1. 医療機関間の患者ＩＤの対応付けについて、実施要綱に記載された内容を検討しているか。

|  |
| --- |
|  |

1. 患者診療情報提供書及び電子診療情報データ提供書（患者への

情報提供）が電子的に発行されるか。

|  |
| --- |
|  |

1. 診療情報提供書（電子紹介状）が電子的に授受されるか。

|  |
| --- |
|  |

1. 上記⑤、⑥に際し、HPKIによる電子署名を用いるか。

|  |
| --- |
|  |

1. 患者が自分の医療情報を閲覧できる仕組みがあるか。

|  |
| --- |
|  |

1. 病院・診療所以外も地域連携に参加するか。

|  |
| --- |
|  |

1. 調剤薬局での調剤情報をシステムに反映できるか。

８．本事業で導入するデータ蓄積サーバーはどこに設置されますか。

|  |
| --- |
| （例：○○病院内サーバー室） |