設問の１～に御回答をお願いします。

１　病院名を正式名称で記載してください。

病院名　：

医療機関コード：

２　担当者について記載してください。※　御連絡の窓口となる方を、必ず２名以上記載してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 所属 | 役職 | 氏名 | メールアドレス |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |

３　電子カルテの導入状況及び令和７年度までの導入見込（時期）について回答してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 該当する項目に〇 | 導入状況 | 導入時期（R○年〇月予定） |
|  | 導入済み |  |
|  | R6年度の導入予定 |  |
|  | R7年度の導入予定 |  |
|  | 導入予定はない（R7年度以降予定） |  |

４　当該事業の活用意向とその理由について回答してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 該当する項目に〇 | 活用意向 | 理由 |
|  | 事業を活用したい（希望する） |  |
|  | どちらでもよい |  |
|  | 活用したくない（希望しない） |  |

（次のページに続きます。）

５　厚生労働省がR6.1.31にG-MIS上で実施した「病院における医療情報システムのサイバーセキュリティ対策に係る調査について」の回答結果を当該事業で活用することの可否について、回答してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 該当する項目に〇 | 回答結果活用の可否 |
|  | 活用してよい（活用可） |
|  | 活用しないでほしい（活用不可） |
|  | G-MISのアカウントを所持していない（未回答） |

６　その他、特記事項（当該事業の受託事業者（システム業者）に予め伝えておくべきこと）があれば、御記載ください。

報告期限　令和６年３月８日（金）

回答方法　①　FAXの場合

本回答様式に入力・記入の上、**019-626-0837**まで送付してください。

 　　　　②　メールの場合

本回答様式に入力・記入の上、**AD0002@pref.iwate.jp**まで送付してください。

件名は「【病院名】サイバーセキュリティ対策確保事業の回答」としてください。

御回答ありがとうございました。