

保険医療機関の現況

1. 保険医療機関の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・＜様式1＞
2. 組織図・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・様式任意
3. 職員数・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・＜様式2＞
4. 平面図(病院各階の外来部門、病室等の配置がわかるもの)・・・様式任意
- 5- (1) .保険医の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・＜様式3の(1)＞
- 5- (2) .薬剤師の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・＜様式3の(2)＞
- 6- (1) .看護要員の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・＜様式4の(1)＞
- 6- (2) .その他の従事者の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・＜様式4の(2)＞
7. 病棟構成・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・＜様式5＞
8. 患者の受付から会計までの診療業務等の流れ図と診療報酬明細書等の作成から審査支払機関に請求するまでの診療報酬請求業務の流れ図(入院・入院外別)・・・・・・・・・・・・・・・・・・様式任意
9. 特別の療養環境室に係る差額徴収状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・様式任意
10. 保険外負担一覧表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・様式任意
11. 委託業務一覧表(医療法施行規則に定めるもののほか全ての委託業務を含む)・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・様式任意
12. 治験別対象者一覧表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・＜様式6＞
13. 医療情報システムの概況等・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・＜様式7＞
14. 病棟薬剤業務の実施状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・＜様式8＞

注1 **様式1～様式6及び様式8**については、指定様式の各項目が記載されているものであれば、既存の資料で差し支えありません。

2 **様式7**については、電子カルテにより診療を行っている場合の他、オーダーリングシステムのみの場合は、該当する項目について記載し提出願います。

併せて、「電子カルテの運用管理規程」等の添付をお願いします。

1. 保険医療機関の概要

(令和 年 月 日現在)

| | | | |
|----------------------------------|--|-------|-------|
| 名 称 | | | |
| 所在地 | 〒 - - 電話 (- -) FAX (- -) メールアドレス () | | |
| 開設者名 | | | |
| 管理者名 | | | |
| 標榜診療科名 | | | |
| 標榜診療時間 | (~ 曜) 午前 時 分 ~ 時 分、午後 時 分 ~ 午後 時 分 | | |
| | (~ 曜) 午前 時 分 ~ 時 分、午後 時 分 ~ 午後 時 分 | | |
| 実診療時間等 | (~ 曜) 午前 時 分 ~ 時 分、午後 時 分 ~ 午後 時 分 | | |
| | (~ 曜) 午前 時 分 ~ 時 分、午後 時 分 ~ 午後 時 分 | | |
| 受付時間 | (~ 曜) 午前 時 分 ~ 時 分、午後 時 分 ~ 午後 時 分 | | |
| | (~ 曜) 午前 時 分 ~ 時 分、午後 時 分 ~ 午後 時 分 | | |
| 休 診 日 | | | |
| 病 床 数 | 病床数 床 | 《内訳》 | (病床数) |
| | | 一 般 | 床 |
| | | 療 養 | 床 |
| | | 感 染 症 | 床 |
| | | 結 核 | 床 |
| | | 精 神 | 床 |
| 届出を行っている施設基準 (注加算を含む) | | | |
| そ の 他 特 記 事 項 該当箇所に○印を付けてください | 救急告示 (有 ・ 無) 救急医療 (高度救命救急センター・救命救急センター) 医科：臨床研修病院の指定状況 (基幹型 ・ 協力型) 歯科：臨床研修施設の指定状況 (単独型 ・ 管理型 ・ 協力型 ・ 連携型) | | |

3. 職員数

(令和 年 月 日現在)

| 職 種 | 常 勤 (名) | 非常勤 (名) | 備 考 |
|-------------|---------|---------|-----|
| 医師 | | | |
| 歯科医師 | | | |
| 薬剤師 | | | |
| 保健師 | | | |
| 助産師 | | | |
| 看護師 | | | |
| 准看護師 | | | |
| 看護補助者 | | | |
| 理学療法士 | | | |
| 作業療法士 | | | |
| 視能訓練士 | | | |
| 言語聴覚士 | | | |
| 歯科衛生士 | | | |
| 歯科技工士 | | | |
| 診療放射線技師 | | | |
| 臨床検査技師 | | | |
| 臨床工学技士 | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | |
| 柔道整復師 | | | |
| 管理栄養士 | | | |
| 栄養士 | | | |
| 精神保健福祉士 | | | |
| 社会福祉士 | | | |
| 介護福祉士 | | | |
| 保育士 | | | |
| 臨床心理技術者 | | | |
| 歯科助手 | | | |
| その他の技術員 | | | |
| 事務職員 | | | |
| その他の職員 | | | |
| | | | |
| 合 計 | | | |

- 注1 「備考」欄には、休職者など特記すべき事項を記載してください。
- 2 「医師」及び「歯科医師」については、「備考」欄に研修医数（再掲）を記載してください。
また、「看護補助者」については、「備考」欄に派遣職員の看護補助者数（再掲）を記載してください。
- 3 職種（資格等）が重複する者がいる場合には、主たる業務（職種）に計上してください。
- ※ 上記項目が記載されているものであれば、既存の資料で差し支えありません。

5-(2). 薬剤師の概要

(令和 年 月 日現在)

| 役職名 配属先 | 氏名 | 保険薬剤師登録 記号番号 | 採用年月日 | 勤務形態 | 備考 |
|------------|----|-----------------|-------|--------|----|
| | | | | 常勤・非常勤 | |
| 合計 | 名 | | | | |

注1 当該病院に勤務する薬剤師について、それぞれ常勤、非常勤の順に記載してください。
 2 非常勤の場合、「備考」欄に出勤日及び1週間の勤務時間を記載してください。
 (毎週月・水、毎月第2月曜等 / 24時間)
 3 保険薬剤師登録票を所有している場合は、「保険薬剤師登録記号番号」欄に当該記号番号を記載してください。
 4 緩和ケア診療加算、小児緩和ケア診療加算、精神科リエゾンチーム加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算、ウイルス疾患指導料、がん患者指導管理料、外来緩和ケア管理料、二次性骨折予防継続管理料、外来腫瘍化学療法診療料、薬剤管理指導料、外来化学療法加算、周術期薬剤管理加算の専従・専任者については、その旨を備考欄に記載してください。また、臓器移植(移植後患者指導管理料)に従事している者については、その旨を備考欄に記載してください。
 ※ 上記項目が記載されているものであれば、既存の資料で差し支えありません。

12. 治験別対象者一覧表

(医科・歯科)

| | | | |
|--|-------------|------|--|
| 一般名又は一般的名称 | | コード名 | |
| 契 約 年 月 日 | 平成・令和 年 月 日 | | |
| 予定される <input type="checkbox"/> 【医】 効能・効果 <input type="checkbox"/> 【機】 使用目的・効果 <input type="checkbox"/> 【再】 効能・効果・性能 | | | |
| <input type="checkbox"/> 【医】 用法 <input type="checkbox"/> 【機】 使用方法等 <input type="checkbox"/> 【再】 用法・使用方法 | | | |

| No. | 対象患者名 | 治験担当医師 | 投与（適用）開始年月日 | 投与（適用）終了年月日 |
|-----|-------|--------|-------------|-------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |

※ この様式の各項目が記載されている書類（治験薬管理票等）でも差し支えありません。

注1 本表は、治験ごとに別葉としてください。

なお、令和6年4月1日以降に治験が開始された患者分について作成してください。

2 治験を中止した場合は中止日を「投与（適用）終了年月日」欄に記載してください。

3 表中の【医】は医薬品、【機】は医療機器、【再】は再生医療等製品のことをいう。

| | | | | |
|--|---|--|---|-------------------------------------|
| 長時間離席時の対策 | <input type="checkbox"/> あり（ 分） | | <input type="checkbox"/> なし | |
| └ ありの場合：対策の方法 | <input type="checkbox"/> 自動ログオフ | <input type="checkbox"/> スクリーンセーバー | <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| アクセスログ | <input type="checkbox"/> 記録される | | <input type="checkbox"/> 記録されない | |
| └ 記録される情報について | <input type="checkbox"/> ログイン時間 | <input type="checkbox"/> アクセス時間 | <input type="checkbox"/> 操作した医療情報 | |
| 利用する時刻情報 | <input type="checkbox"/> 医療機関内部で同期されている | <input type="checkbox"/> 標準時刻と定期的 に一致 | <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> いずれもなし |
| 不正なソフトウェアへの対策 | <input type="checkbox"/> 実施している | | <input type="checkbox"/> 実施していない | |
| IoT機器の利用 | <input type="checkbox"/> あり | | <input type="checkbox"/> なし | |
| └ ありの場合 | <input type="checkbox"/> 製造販売業者から提供された情報を基にリスク分析を | | <input type="checkbox"/> IoT機器の取扱いに係る運用管理規程を定めている | <input type="checkbox"/> いずれも行っていない |
| 利用者IDの付与 | <input type="checkbox"/> あり（計 人 令和 年 月 日現在） | | | <input type="checkbox"/> なし |
| 利用者IDやパスワードの使用 | <input type="checkbox"/> 本人のみ | | <input type="checkbox"/> 他人も利用できる | |
| 異動者、退職者IDの取扱い | <input type="checkbox"/> 異動者、退職者IDは使用不可 | | <input type="checkbox"/> 異動者、退職者IDは使用可 | |
| └ 使用不可の場合：具体的方法 | <input type="checkbox"/> IDを削除 | <input type="checkbox"/> IDを凍結 | <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| 現在のシステムの利用者認証について | <input type="checkbox"/> 二要素以上の認証あり →認証方法：複数選択可 <input type="checkbox"/> ID・パスワード <input type="checkbox"/> ICカード <input type="checkbox"/> 生体認証 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | <input type="checkbox"/> 二要素以上の認証なし | |
| └ 二要素以上の認証なしの場合：二要素以上の認証に相応する対策 | <input type="checkbox"/> あり 対策（ ） | | <input type="checkbox"/> なし | |
| └ 二要素以上の認証でICカードや生体認証等を利用する場合 PINの設定 | <input type="checkbox"/> PINを設定し認証時に常に求めている | | <input type="checkbox"/> PINを設定していない | |
| パスワードの設定 | <input type="checkbox"/> あり | | <input type="checkbox"/> なし | |
| └ ありの場合：パスワードの最低桁数 | <input type="checkbox"/> 13桁以上 | <input type="checkbox"/> 8～12桁 | <input type="checkbox"/> 8桁未満 | |
| └ ありの場合：有効期限の有無 | <input type="checkbox"/> あり→有効期間（ か月） | | <input type="checkbox"/> なし | |
| 令和9年度時点でのシステムの稼働の予定 | <input type="checkbox"/> 稼働の予定がある (現在のシステムを更新して稼働する場合も含む。) | | <input type="checkbox"/> 稼働の予定はない | <input type="checkbox"/> 未定 |
| └ 稼働の予定がある場合：令和9年度時点で稼働の予定があるシステムの認証について | <input type="checkbox"/> 二要素以上の認証あり →認証方法：複数選択可 <input type="checkbox"/> ID・パスワード <input type="checkbox"/> ICカード <input type="checkbox"/> 生体認証 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | <input type="checkbox"/> 二要素以上の認証なし | |
| └ 二要素以上の認証なしの場合：二要素以上の認証に相応する対策 | <input type="checkbox"/> あり 対策（ ） | | <input type="checkbox"/> なし | |
| 医療機関におけるサイバーセキュリティ対策状況のチェック | <input type="checkbox"/> 実施している 実施方法 <input type="checkbox"/> 「医療機関におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト」(医政局研究開発振興課策定)を活用 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | <input type="checkbox"/> 実施していない | |

| 部門システム（臨床検査システム、医用画像ファイリングシステム等）による記録の作成 | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|
| 操作者について | <input type="checkbox"/> 操作者を運用管理規程で定めている | <input type="checkbox"/> 操作者以外の操作を防止している | <input type="checkbox"/> いずれもなし |
| 記録について | <input type="checkbox"/> いつ、誰が行ったか明確 | | <input type="checkbox"/> いつ、誰が行ったか不明 |
| 記録の確定ルールについて | <input type="checkbox"/> 運用管理規程で定義 | <input type="checkbox"/> その他で定義 | <input type="checkbox"/> 定義なし |
| 確定された記録について | <input type="checkbox"/> 書換えできる | | <input type="checkbox"/> 書換えできない |
| | <input type="checkbox"/> 消去できる | | <input type="checkbox"/> 消去できない |
| 更新履歴について | | | |
| 更新履歴の保存 | <input type="checkbox"/> あり | | <input type="checkbox"/> なし |
| 更新前と更新後の内容を照合 | <input type="checkbox"/> できる | | <input type="checkbox"/> できない |
| 代行入力 | | | |
| どの業務に認めるか | <input type="checkbox"/> 運用管理規程で定めている | <input type="checkbox"/> その他で定めている（ ） | <input type="checkbox"/> 定めていない |
| 誰が誰を代行入力してよいか | <input type="checkbox"/> 運用管理規程で定めている | <input type="checkbox"/> その他で定めている（ ） | <input type="checkbox"/> 定めていない |
| 代行入力の管理情報 | <input type="checkbox"/> 代行入力の都度記録する | | <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 代行入力により記録された診療録等に対する承認 | <input type="checkbox"/> 速やかに行うよう定めている | | <input type="checkbox"/> 特に定めていない |
| 機器・ソフトウェアの品質管理 | | | |
| 機器、ソフトウェアの改定履歴 | <input type="checkbox"/> 規定されている | | <input type="checkbox"/> 規定されていない |
| 機器、ソフトウェアの品質管理に関する作業内容 | <input type="checkbox"/> 運用管理規程で定めている | | <input type="checkbox"/> 定めていない |
| システム構成やソフトウェアの動作状況に関する内部監査 | <input type="checkbox"/> 定期的実施 →最終実施日平成・令和 年 月 日実 施 | | <input type="checkbox"/> 実施していない |

●ネットワークを通じて医療機関の外部に保存する場合

| | | |
|-----------------------|---|---------------------------------------|
| 通信の相手が正当であるか | <input type="checkbox"/> 相互認証を実施している | <input type="checkbox"/> 相互認証は実施していない |
| 転送途中で改ざんされていないことの保証機能 | <input type="checkbox"/> 運用管理規程で定めている →保証機能について具体的に： | <input type="checkbox"/> 定めていない |

(2) 見読性

| | | | |
|---------------|--|------------------------------------|---|
| 患者ごとの情報の所在の管理 | <input type="checkbox"/> 紙管理含め各種媒体に分散管理された情報も管理されている | | <input type="checkbox"/> 紙管理された情報のみ管理されている |
| | <input type="checkbox"/> 電子媒体の情報のみ管理されている | | <input type="checkbox"/> 管理されていない |
| 見読化手段の管理 | <input type="checkbox"/> 電子媒体に保存された全ての情報とそれらの見読化手段を対応付けて管理 | | <input type="checkbox"/> 電子媒体に保存された全ての情報とそれらの見読化手段を対応付けていない |
| システム障害時 | <input type="checkbox"/> システムの冗長化 | <input type="checkbox"/> 代替的な見読化手段 | <input type="checkbox"/> いずれもない |
| バックアップサーバ | <input type="checkbox"/> あり（設置場所等： ） | | <input type="checkbox"/> なし |

(3) 保存性

●医療機関に保存する場合

| | | |
|--------------------------------|--|---|
| 不適切なソフトウェアへの対策 | <input type="checkbox"/> 運用管理規程で定めている | <input type="checkbox"/> 運用管理規程で定めていない |
| 記録媒体及び記録機器の保管 | <input type="checkbox"/> 運用管理規程を定めている | <input type="checkbox"/> 運用管理規程を定めていない |
| L 定めている場合 | <input type="checkbox"/> 教育を実施している | <input type="checkbox"/> 教育を実施していない |
| | <input type="checkbox"/> 作業履歴あり | <input type="checkbox"/> 作業履歴なし |
| 記録媒体及び記録機器の取扱い | <input type="checkbox"/> 運用管理規程で定めている | <input type="checkbox"/> 定めていない |
| L 定めている場合 | <input type="checkbox"/> 教育を実施している | <input type="checkbox"/> 教育を実施していない |
| | <input type="checkbox"/> 作業履歴あり | <input type="checkbox"/> 作業履歴なし |
| システムが情報を保存する場所 | <input type="checkbox"/> 内部 | <input type="checkbox"/> 可搬媒体 |
| 運用管理規程で保存場所ごとに明確にしている事項（複数選択可） | <input type="checkbox"/> 保存可能容量 <input type="checkbox"/> 保存期間 <input type="checkbox"/> リスク <input type="checkbox"/> レスポンス <input type="checkbox"/> バックアップ頻度 <input type="checkbox"/> バックアップ方法 | |
| サーバ室の管理者 | <input type="checkbox"/> 院長 | <input type="checkbox"/> システム管理者 |
| サーバ室の入室制限 | <input type="checkbox"/> あり（入室許可者：） | <input type="checkbox"/> なし |
| 保存された情報がき損した場合 | <input type="checkbox"/> バックアップを用いて、き損前の状態に戻せる | <input type="checkbox"/> き損された範囲が <input type="checkbox"/> いずれもなし |
| 記録媒体の劣化による読み取り不能を防止 | <input type="checkbox"/> 運用について運用管理規程で定めている | <input type="checkbox"/> 運用について運用管理規程で定めていない |

●ネットワークを通じて医療機関の外部に保存する場合

| | | |
|------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| 回線や設備が劣化した際の対策 | <input type="checkbox"/> 運用管理規程で定めている | <input type="checkbox"/> 定めていない |
| データのバックアップ | <input type="checkbox"/> HDD | <input type="checkbox"/> MO |
| L バックアップデータの保存場所 | <input type="checkbox"/> サーバ室 | <input type="checkbox"/> その他院内（） |
| | <input type="checkbox"/> 外部（） | |
| L 診療データの保存期間 | 具体的に（） | |

4. 診療録及び診療諸記録を外部に保存する際の基準

●医療機関が適切に管理する場所に保存する場合

| | | | |
|---------------------|---|--|--|
| 診療録等の保存場所 | <input type="checkbox"/> 医療機関の内部 | <input type="checkbox"/> 医療機関の外部 | <input type="checkbox"/> 把握していない |
| 保存を受託した診療録等の分析等について | <input type="checkbox"/> 受託した医療機関及び患者の許可が必要 | | <input type="checkbox"/> 特に許可は不要 |
| 保存を受託した診療録等の分析等について | <input type="checkbox"/> いかなる場合も許可していない | <input type="checkbox"/> 不当な利益を目的としな い場合に限り許可 | <input type="checkbox"/> 使用に際して許 可は不要 |
| 個人情報保護への配慮 | <input type="checkbox"/> 匿名化の妥当性の検証を行っている | | <input type="checkbox"/> 院内掲示をしている |
| | <input type="checkbox"/> その他（） | | <input type="checkbox"/> いずれも実施していない |

●医療機関が外部の事業者との契約に基づいて確保した安全な場所に保存する場合

| | | |
|---------------------------|---|---|
| 契約書等への守秘に関連する事項やペナルティについて | <input type="checkbox"/> 定めている（平成・令和 年 月 日制定） | <input type="checkbox"/> 定めていない |
| 受託する事業者の選定 | <input type="checkbox"/> 事業者のセキュリティ対策状況を示す資料を確認している | <input type="checkbox"/> 選定に際して、特段資料の確認を行っていない。 |
| 保存された情報を格納する機器等 | <input type="checkbox"/> 国内法の適用を受ける | <input type="checkbox"/> 国内法の適用を受けない |

| | | 原本の保存媒体 | | 端末からの閲覧方法 | | | |
|-------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 電子媒体 | 紙媒体 | 変更が不可能な状態の確定画面 | PDF (原本スキャナ取込) | 確定しているが変更可能な状態の画面 | 不可 |
| 画像診断 | 画像 | <input type="checkbox"/> |
| | 読影結果（画像診断）報告書 | <input type="checkbox"/> |
| 注射 | 血漿成分製剤加算の説明文書の写し | <input type="checkbox"/> |
| リハビリテーション | 疾患別リハビリテーション実施記録 | <input type="checkbox"/> |
| | 摂食機能療法実施記録 | <input type="checkbox"/> |
| | リハビリテーション実施計画書の写し | <input type="checkbox"/> |
| | リハビリテーション総合実施計画書の写し | <input type="checkbox"/> |
| | 廃用症候群に係る評価表 | <input type="checkbox"/> |
| 精神科 専門療法 | 精神科退院療養計画書の写し | <input type="checkbox"/> |
| | ※院内標準診療計画書、総合支援計画書 | <input type="checkbox"/> |
| 処置 | 透析記録 | <input type="checkbox"/> |
| 手術 | 手術記録 | <input type="checkbox"/> |
| | 手術の説明文書の写し | <input type="checkbox"/> |
| | 輸血の説明・同意文書の写し | <input type="checkbox"/> |
| 麻酔 | 麻酔記録 | <input type="checkbox"/> |
| | 麻酔管理料に係る術前術後の診察記録 | <input type="checkbox"/> |
| 放射線治療 | 照射計画 | <input type="checkbox"/> |
| | 照射録 | <input type="checkbox"/> |
| | 放射性同位元素内用療法管理料に係る説明・指導文書の写し | <input type="checkbox"/> |
| 病理診断 | 病理診断結果報告書 | <input type="checkbox"/> |
| 食事療養 | 食事箋 | <input type="checkbox"/> |
| | 栄養指導の指示 | <input type="checkbox"/> |
| | 栄養指導記録 | <input type="checkbox"/> |
| 看護 | 看護記録 | <input type="checkbox"/> |
| 保険外併用療法 | 治験 | 説明文書 | <input type="checkbox"/> |
| | | 同意文書 | <input type="checkbox"/> |
| | 先進医療 | 説明文書 | <input type="checkbox"/> |
| | | 同意文書 | <input type="checkbox"/> |



連絡票

令和 年 月 日

【送信先】 関東信越厚生局 事務所 指導課
 _____ 宛
 e-mail @mhlw.go.jp
 F A X 番号 - -

【送信事項】 連絡先・出席者について

| | | | |
|-------------|---------------------------------|--------------|-----|
| 連 絡 先 | 医療機関コード | | |
| | 保険医療機関の名称 | | |
| | 電話番号 | () | |
| | 連絡に係る担当者の職名・氏名 | | |
| | ど ち ら か を 記 入 | 送付先電子メールアドレス | @ |
| | | 送付先 F A X 番号 | () |
| | 緊急連絡先電話番号 (携帯電話など) | () | |
| | 担当者氏名 | | |

| | 職 名 | 氏 名 | 職 名 | 氏 名 |
|-----------------------|-----|-----|-----|-----|
| 出 席 者 氏 名 | 管理者 | | | |
| | | | | |
| | | | | |

- ※1 当課からの送付日に連絡の取れる電子メールアドレス（F A X希望の場合は、F A X番号）・電話番号に限ります。送付日が医療機関の休診日にあたるときは別途ご連絡ください。
- ※2 緊急連絡先電話番号は、標榜時間外でも連絡が取れる連絡先を記載してください。
- ※3 「職名」欄には、「開設者」、「保険医」、「請求事務担当者」等と記載してください。なお、「管理者」とは、医療法上の管理者をいいます。
- ※4 管理者は必ずご出席ください。また、出席者に変更が生じた場合はご連絡ください。
- ※5 「保険医療機関の現況」につきましても、記載のうえ、本連絡票と併せてご送付ください。