



### 連絡票

令和 年 月 日

【送信先】 九州厚生局 事務所  
宛

メールアドレス  
FAX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			
	保険医療機関等の名称			
	電話番号			
	どちら 方だけ 希 配 望 入 る	送付先電子メールアドレス	※ フリーメール(Gmail, Yahooメール、Outlookメールなど)の指定はご遠慮ください	
		※記入誤りに注意	(アドレス所有者名)	
	送付先FAX番号			
	連絡に係る担当者			
緊急連絡先電話番号		(緊急連絡先担当者氏名)		

出席者氏名	職名	氏名
	管理者	

- 「職名」欄には、「開設者」、「保険医」、「看護師」、「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。

※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(FAX希望の場合は、FAX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場合は別途ご連絡ください。

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。

※2 管理者は必ずご出席ください。

出席は、保険医療機関において必要と思われる必要最低限の人数でお願いいたします。

記入欄が足りない場合は、余白に記載してください。

また、出席者に変更が生じた場合は速やかにご連絡ください。

※3 「保険医療機関の現況」等(別添2)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。

【発信者】 保険医療機関名

## 保険医療機関の現況

- 1 保険医療機関の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ <様式1>
- 2 職員数・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ <様式2>
- 3- (1) 保険医の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ <様式3の(1)>
- 3- (2) 薬剤師の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ <様式3の(2)>
- 4- (1) 看護要員の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ <様式4の(1)>
- 4- (2) その他の従事者の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ <様式4の(2)>
- 5 診療業務及び診療報酬請求事務の手順についての流れ図(入院・入院外別)  
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ <様式5>
- 6 保険外負担一覧表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ <様式6>
- 7 医療情報システムの概況等・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ <様式7>  
※ 次の書類も併せてご提出ください。
  - ・「運用管理規程」
  - ・電子カルテシステムの利用者毎に制限されている「アクセス権限一覧表」

○ 電子カルテシステムの使用確認(該当するものに印(☑)を付けてください。)

  - 電子カルテシステムを使用している
  - 電子カルテシステムを使用していない

※ 「電子カルテシステムを使用していない」に印を付けた場合には、  
<様式7>(「運用管理規程」及び「アクセス権限一覧表」を含む)の提出は不要です。

(注) 様式の電子媒体については、九州厚生局ホームページから入手可能です。

**【九州厚生局ホームページ】**

<https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/>

ホーム > 業務内容 > 主な業務別情報 > 保険医療機関・保険薬局 > 保険医療機関・保険薬局の方へ  
> 8. 保険医療機関・保険薬局への指導等について > 個別指導の提出資料

1. 保険医療機関の概要

(令和 年 月 日現在)

保険医療機関コード			
名称			
所在地	〒 -		
電話番号	- -	FAX番号	- -
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	時分～時分 / 時分～時分 (月・火・水・木・金・土・日) 時分～時分 / 時分～時分 (月・火・水・木・金・土・日) 時分～時分 / 時分～時分 (月・火・水・木・金・土・日)		
休診日	日・祝日・毎週( )曜日 年末年始： 月 日～ 月 日 夏季： 月 日～ 月 日		

病床数	病床数		床		《内訳》				(病床数)			
			一般		床				床			
			療養		床				床			
			感染症		床				床			
			結核		床				床			
			精神		床				床			
外来患者数 (在宅患者を含む) (※1)	一日平均	名	一日平均内訳		社保	国保	後期	その他				
					名	名	名	名				
前日の入院患者数	社保		国保		後期		その他	計				
	名		名		名		名	名				
1月当たりの レセプト件数 (※1)	社 保		件				点					
	国 保		件				点					
	後 期		件				点					
	その他		件				点					
	合 計		件				点					
届出を行っている施設基準 (注加算を含む)												

※1：指導日の前月（間に合わない場合は、前々月でも可）1カ月分が対象となります。

## 2. 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）が重複する者がある場合には、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. 診療業務及び診療報酬請求事務の手順についての流れ図

### (1) 診療業務の流れ図（入院・入院外別）

※ 患者の受付から会計までの診療業務の流れ図を記載してください。

### (2) 診療報酬請求事務の手順の流れ図（入院・入院外別）

注：記入欄が足りない場合は、別紙（様式任意）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。



## 7. 医療情報システムの概況等（医科）

<様式7>

保険医療機関コード： \_\_\_\_\_

保険医療機関の名称： \_\_\_\_\_

保険医療機関の電話番号： \_\_\_\_\_

※「運用管理規程」及び「アクセス権限一覧表」を添付してください。

※[ いる いない ]等該当するものに印：✓又は■を付け、（ ）には具体的な取扱状況を記載してください。

システムの名称 (ソフト名)			
システム会社名			
システム管理者	<input type="checkbox"/> 職名 ( ) 氏名 ( )	<input type="checkbox"/> 指名していない	
監査責任者	<input type="checkbox"/> 職名 ( ) 氏名 ( )	<input type="checkbox"/> 指名していない	

### 1. 運用管理規程等

#### ①電子保存に関する運用管理規程について

運用管理規程	<input type="checkbox"/> あり (平成・令和 年 月 日制定)	<input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 直近の改訂時期	<input type="checkbox"/> 平成・令和 年 月 日改訂 改訂の概要：	
<input type="checkbox"/> ガイドラインへの対応状況	<input type="checkbox"/> 第 版に対応	<input type="checkbox"/> 未対応
運用マニュアル	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
操作訓練	<input type="checkbox"/> 定期的を実施している 直近：平成・令和 年 月 日実施	<input type="checkbox"/> 実施していない

#### ②個人情報保護に関する方針

個人情報保護に関する方針	<input type="checkbox"/> 公開している	<input type="checkbox"/> 公開していない
定期又は不定期なシステムの取扱い及びプライバシー保護やセキュリティ意識向上に関する職員研修	<input type="checkbox"/> 実施している 直近：平成・令和 年 月 日実施 対象者：	<input type="checkbox"/> 実施していない

#### ③技術的安全対策

アクセス権限の設定	<input type="checkbox"/> 設定している	<input type="checkbox"/> 設定していない		
代行入力に係る規定	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
長時間離席時の対策	<input type="checkbox"/> あり ( 分)	<input type="checkbox"/> なし		
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 記録される情報について	<input type="checkbox"/> ログイン時刻	<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	
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 →認証方法 <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（ ）	
└ 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：パスワードの最低文字数	<input type="checkbox"/> 13文字以上	<input type="checkbox"/> 8～12文字	<input type="checkbox"/> 8文字未満	
└ 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 →認証方法 <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（ ）	
└ 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	

#### ④情報の破棄

情報種別ごとの破棄の手順	<input type="checkbox"/> 定めている		<input type="checkbox"/> 定めていない	
└ 定めている場合（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 破棄を行う条件	<input type="checkbox"/> 破棄可能な従業員	<input type="checkbox"/> 具体的な破棄の方法	
不要になった個人情報を含む媒体の破棄について	<input type="checkbox"/> 運用管理規程で規定	<input type="checkbox"/> その他で規定（ ）		<input type="checkbox"/> 規定なし

#### ⑤情報及び情報機器の持ち出しについて

情報及び情報機器の院外持ち出し	<input type="checkbox"/> 禁止している		<input type="checkbox"/> 持ち出しできる	
情報及び情報機器の持ち出しに関する方針	<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
情報を格納した可搬媒体又は情報機器の盗難、紛失時の対応	<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
└ 定めている場合	<input type="checkbox"/> 従業員へ教育を実施している →直近：平成・令和 年 月 日実施		<input type="checkbox"/> 従業員へ教育を実施していない	

#### ⑥災害、サイバー攻撃等の非常時の対応

非常時の判断基準	<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
----------	---------------------------------------	---------------------------------------	--	---------------------------------

非常時の判断の手順	<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
非常時の判断者	<input type="checkbox"/> 定めている→判断者の氏名・役職 ( )		<input type="checkbox"/> 定めていない
正常復帰時の手順	<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

⑦法令で定められた記名・押印を電子署名で行うことについて

電子署名について	<input type="checkbox"/> 実施している		<input type="checkbox"/> 実施していない	
└ 実施している場合	<input type="checkbox"/> 保健医療福祉分野PKI 認証局の発行する 電子証明書	<input type="checkbox"/> 認定特定認証事 業者の発行する 電子証明書	<input type="checkbox"/> その他	
電子署名を含む文書全体にタイム スタンプを付与	<input type="checkbox"/> 付与している		<input type="checkbox"/> 付与していない	

2. 法的に保存義務のある文書等の電子保存の要件

(1) 真正性

●医療機関に保存する場合

電子カルテによる記録の作成			
入力する情報ごとに権限管理が 定められているか	<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
記録の確定操作	<input type="checkbox"/> 作成者に限定		<input type="checkbox"/> その他でも可 →識別情報の記録: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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
確定者が確定操作できない場合	<input type="checkbox"/> 確定の責任の所在が明確 →規定している規程 ( )		<input type="checkbox"/> 確定の責任の 所在が不明
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

●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"/> 運用管理規程で定めている	<input type="checkbox"/> 運用管理規程で定めていない
└ 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"/> 運用管理規程で定めていない
└ 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"/> レスポンス	<input type="checkbox"/> バックアップ頻度
記録媒体の劣化による読み取り不能を防止	<input type="checkbox"/> バックアップ方法	<input type="checkbox"/> リスク
	<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"/> 運用管理規程で定めていない
データのバックアップ	<input type="checkbox"/> HDD	<input type="checkbox"/> MO
└ バックアップデータの保存場所	<input type="checkbox"/> DVD	<input type="checkbox"/> 磁気テープ (MT・LTO)
	<input type="checkbox"/> サーバ室	<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
└ 診療データの保存期間	<input type="checkbox"/> 外部 ( _____ )	
	具体的に ( _____ )	

### 3. 診療情報等の保存媒体

	原本の保存媒体	
	電子媒体	紙媒体
①診療録（外来）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②診療録（入院）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③看護記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④リハビリ記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤検査結果（自院分）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥検査結果（委託分）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦他院からの紹介状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>