様式19の３

在宅医療情報連携加算及び在宅歯科医療情報連携加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　ICTを用いて情報共有をできる体制について

情報共有に使用するサービスの名称（主なもの）	

連携機関の名称	連携機関の種類	管理者の氏名	住所

２　安全管理及び掲示に関する体制（該当するものに〇をつけること。）

（　）(1) 厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

（　）(2) 連携機関と連携体制を構築していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある連携機関の名称等について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

（　）(3) (2)の掲示事項について、ウェブサイトに掲載していること。
(掲載しているウェブサイトのURL：　　)

〔記載上の注意〕

１　連携機関の種類については、保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーション、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者、市町村等の行政機関又は地域包括支援センター又はその他のいずれかを記載すること。

２　連携機関と連携体制を構築していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある連携機関の名称等について、掲示しているホームページのURL等を記載すること。