

様式 1

情報通信機器を用いた診療に係る届出書添付書類

1 診療体制等

| 要件 | 該当 |
|--|--------------------------|
| (1) 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」(以下「オンライン指針」という。)に沿って診療を行う体制を有していること。 | <input type="checkbox"/> |
| (2) 対面診療を行う体制を有していること。 | <input type="checkbox"/> |

2 医師が保険医療機関外で診療を行う場合

☐ 想定している ・ ☐ 想定していない (以下も記載すること)

| | |
|--|--|
| ① 別紙2に定める「医療を提供しているが、医療資源の少ない地域」に属する保険医療機関であるか | <input type="checkbox"/> 該当する ・ <input type="checkbox"/> 該当しない |
| ② 実施場所 | |
| ③ 患者の急病急変時に適切に対応するため、患者が速やかにアクセスできる医療機関において直接の対面診療を行える体制 (具体的な内容を記載すること。) | |
| ④ 医療機関に居る場合と同等程度に患者の心身の状態に関する情報を得られる体制 (具体的な内容を記載すること。) | |
| ⑤ 物理的に外部から隔離される空間であるかの状況 | |

3 自院以外で緊急時に連携する保険医療機関 (あらかじめ定めている場合)

| | |
|----------|--|
| ① 名称 | |
| ② 所在地 | |
| ③ 開設者名 | |
| ④ 担当医師名 | |
| ⑤ 調整担当者名 | |
| ⑥ 連絡方法 | |

4 医師の配置状況

| | 配置医師の 氏名 | 経験等 | | 修了証登録番号 | 修了年月日 |
|--------------------------|-------------|--------------------------|--|---------|-------|
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 情報通信機器 を用いた診療 を実施する医 師が、オンラ イン指針に定 める「厚生労 働省が定める 研修」を修了 している | | |

〔記載上の注意〕

- 1 「4」については、研修の修了を確認できる文書を保険医療機関内に保管していること。
- 2 ☐には適合する場合「✓」を記入すること。