（別　紙）　　　FAX又は電子メールにて、回答してください。

ファックス番号　**０２７－３８１－６１２４**

（送信票をつけずにこのままお送りください。）

電子メール　[hoken-soumu@city.takasaki.gunma.jp](mailto:hoken-soumu@city.takasaki.gunma.jp)

高崎市保健所保健医療総務課

医事薬事担当　宛て

**調　査　票**

診療所名

管理者氏名

貴院における下記１～４の業務の実施状況について、カッコ内の該当する方を○で囲んでください。

**１　輸血の実施**　　　　　　　（　有　・　無　）

**２　透析の実施**　　　　　　　（　有　・　無　）

**３　内視鏡検査の実施**　　　　（　有　・　無　）

**４　給食の提供**　　　　　　　（　有　・　無　）

**↓**

※　給食の提供が有の場合は、以下の項目についても該当する方を○で囲んでください。

ⅰ　給食施設　　　　（　有　・　無　）

ⅱ　業務委託　　　　（　有　・　無　）

**５　医療情報システムを導入**　　（　有　・　無　）

※　医療情報システムを導入している場合は、「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」を立入検査当日にご提出願います。

※　「医療情報システム」とは、医療情報を保存するシステムだけではなく、医療情報を扱う情報システム全般を想定します（例：レセコン、電子カルテ、オーダリングシステム等）。これには、事業者により提供されるシステムだけでなく、医療機関等において自ら開発・構築されたシステムが含まれます。

ご協力ありがとうございました。