

石川県心不全地域連携診療計画書
（心不全パス）
運用マニュアル

2020.9.3 作成

2022.2.22 作成

目次

石川県心不全地域連携診療計画書(心不全パス)関連書類について	・ 3
担当病期施設別、石川県心不全地域連携診療計画書 運用要綱	・ 8
心不全増悪時には	・ ・ ・ ・ ・ 14
ID リンクへのアップロードの行い方	・ ・ ・ ・ ・ 16

§ § 石川県心不全地域連携診療計画書(心不全パス)関連書類

名称	文中略	概要
石川県心不全地域連携診療計画書	心不全パス(図1)	患者への説明時に使用し、入院中や今後の予定を伝える (心不全手帳 P5-6)
石川県心不全地域連携診療同意書	同意書(図2)	心不全地域連携パスの患者同意書 別書類
石川県心不全地域連携パス・手帳	心不全手帳(図3)	患者の退院時の状態を記載し、医療機関の連携に利用 (心不全手帳 P1-4) 患者に入院中の指導内容を伝える (心不全手帳 P29-35) 心不全日記の記載(患者セルフケア) (心不全手帳 P37-64)
医療者間患者連絡 シート	医療連絡シート(図4)	医療者間での患者の情報伝達 ツールとして利用 別書類、退院時紹介状に同封

(図1)

(図2)

(図3)

(図4)

§ § 地域連携診療計画加算算定にあたって

§ 1 地域連携診療計画加算届け出まで（令和 2 年度診療報酬改定時）

地域連携診療計画加算を算定にあたって、急性期医療機関、回復期・療養期医療機関は、入退院支援加算の算定ができることが必要条件です（生活期医療機関は不要です）。また、生活期医療機関は診療情報提供料（Ⅰ）に係る地域連携診療計画加算の届出が必要です。地域連携診療計画加算算定については、いずれの施設においても厚生局へ、以下の 3 点の届け出が加算算定前月までに必要です。（脳卒中や大腿骨頸部骨折の地域連携パスを使用している施設は届出不要です。）

- ・ 特掲診療料の施設基準に関する届出（図 5）
- ・ 地域連携診療計画加算の届出（図 6）
- ・ 心不全手帳の P3-P6 （図 7）

(図 5)

別添 2

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード		届出番号	(地連計)第 号
連絡先 担当者氏名： 電話番号：			
〔届出事項〕			
〔 地域連携診療計画加算 〕の施設基準に係る届出			
☐ 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。 ☐ 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び業担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める指示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。 ☐ 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。 ☐ 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。 標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。 令和 年 月 日 保険医療機関の所在地及び名称 開設者名 印 東海北陸厚生局長 殿			
備考 1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。 2 □には、適合する場合「レ」を記入すること。 3 届出書は、1通提出のこと。			

(図 6)

様式 12

地域連携診療計画加算の施設基準に係る届出書添付書類

地域連携診療計画に係る事項

地域連携診療計画を策定している疾患名	担当医師

〔記載上の注意〕

- 1 連携保険医療機関等において共有された地域連携診療計画を添付すること。
- 2 地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式 12 の 2 を参考にすること。

退院時（急性期病院）の医学情報					
	身長・体重	身長（ ）cm	退院時体重（ ）kg	血圧	心拍数
診断 心不全の基礎疾患	☐ HFHF ☐ HFmEF ☐ HFaEF (%)				
心機能 LVEF : 左室射出率 (%)	☐ EF > 40% ☐ EF < 40%				
心臓薬 治療にCETD ()	☐ YES ☐ NO				
退院時NYHA	心不全ステージ				
合併症	☐ 心房細動 ☐ 脳卒中 ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧症 ☐ 腎臓異常症 ☐ 腎臓障害有 (Cr mg/dl) ☐ その他 ()				
検査込みバイパス	☐ ケス ☐ ベンチレータ ☐ ICD ☐ CRT-D ☐ CRT-P 設置 () / 月分				
心臓手術後の状態	☐ 肺動脈カテーテル置入 ☐ 弁膜症 () (機械的・生体弁) ☐ その他 ()				
在宅薬治療など	☐ HCT 安静時 () L、労作時 () L ☐ ASV ☐ CPAP				
障害者手帳	☐ なし ☐ あり ()				
介護認定	☐ なし ☐ 要支援 () ☐ 要介護 ()				
アレルギーの既往	☐ なし ☐ あり ()				
フレイル	☐ スコア () 点 ☐ SPPBS () 点				

スコア 1位 2位 3位 4位 5位 6位 7位 8位 9位

身長・体重	身長 () cm	過速時体重 () kg	
診断 心不全の発症理由 心機能 * EF: 左室収縮率 心拍出比 (%)	☐ HFvEF (EF < 40%)	☐ HFmvEF (40% ≤ EF < 50%)	☐ HFpEF EF () % (EF ≥ 50%)
過速時NYHA	心不全ステージ		
合併症	☐ 心臓動脈 ☐ 腎臓病 ☐ 腎機能障害 (Cr mg/dl)	☐ 脳卒中 ☐ 高血圧症 ☐ 糖尿病	☐ 肝臓病 ☐ 腎臓病 ☐ その他 ()
検査いた戴维斯	☐ ベースメーカー ☐ ICD ☐ CRT-D ☐ CRT-P 設定 () () () 分		
心臓手術の既往	☐ 冠動脈バイパス術 ☐ 弁置換術 ☐ その他 () (機械弁・生体弁)		
在宅医療治療など	☐ HO ☐ ASV ☐ CPAP ☐ 在宅酸素 () L, 労作時 () L		
障害者手帳	☐ なし ☐ あり ()		
介護認定	☐ なし ☐ 要支援 () ☐ 要介護 ()		
アレルギーの既往	☐ なし ☐ あり ()		
フレイル	☐ スコア () 点 ☐ SPBP () 点		

1
自立
歩行
食事
入浴

2
軽度
歩行
食事
入浴

3
中程度
歩行
食事
入浴

4
重度
歩行
食事
入浴

5
最重度
歩行
食事
入浴

6
歩行
食事
入浴

7
歩行
食事
入浴

8
歩行
食事
入浴

5

§ 2 地域連携診療計画加算算定を維持するために

地域連携診療計画加算算定のために各医療機関は、連携病院（急性期医療機関、回復期・療養期医療機関、生活期医療機関）と年 3 回の面談が必要となります。

各施設で年 3 回の面談の記録を保存してください。（形式は問わない）

例__石川県心不全地域連携診療計画に係る情報交換のための会合 実績

	会合名称	実施内容	実施日
1			
2			
3			
4			
5			

施設基準上、年 3 回以上の面会が必要となります。

§ § 担当病期施設別、石川県心不全地域連携診療計画書（心不全パス）運用要綱

1. 急性期医療機関

（石川県心不全地域連携診療計画書（心不全パス）作成医療機関）

< 心不全パス運用時の必要書類 >

入退院支援加算用の書類

退院支援計画書

地域医療連携加算用の必要書類

- ① 地域連携診療計画書（心不全パス）（心不全手帳 P5-6）
- ② 同意書
- ③ 心不全手帳（心不全手帳 P3-4）
- ④ 診療情報提供書（回復期・療養期または生活期医療機関へ）

心不全パス運用の必要書類

- ① 心不全手帳（心不全手帳 P1-P2, P29-35）
- ② 医療連絡シート
- ③ いしかわ診療情報共有ネットワーク同意書（ID リンク使用時）

地域連携診療計画加算（300 点）の算定には、入退院支援加算の算定を必ず行う必要がある。

入退院支援加算用に必要なこと

- **入院 7 日以内**に以下を実施
 - ・退院支援計画への着手
 - ・退院支援カンファレンスの実施（入退院支援加算 2 の場合はできるだけ早期に行うで可）
 - ・患者・家族に対する面談
- 退院時に以下を実施
 - ・退院支援計画書を交付

地域連携診療計画加算用、パス運用時の必要書類

- 地域連携診療計画書（心不全パス）（心不全手帳 P5-6）
- 同意書
 - **入院 7 日以内**に患者、家族に文書により説明し、同意書を取得、保存
 - 心不全パスを交付するとともに、サインの入ったもの、記載したものを退院までに**コピーして保存**（心不全手帳 P3, P5）
 - 退院時に患者に交付し、回復期・療養期医療機関または生活期医療機関に引き継ぐ

■ **心不全手帳（P1-P3, P29-35）**

- 各職種が、基本情報等の必要事項を記載、指導項目に沿って指導
- 退院時に患者に交付し、回復期・療養期医療機関または生活期医療機関に引き継ぐ。

■ **診療情報提供書（回復期・療養期または生活期医療機関へ）**

- 診療情報提供書を作成し、回復期・療養期または生活期医療機関へ送付

■ **医療連絡シート**

- 退院日までに各職種が必要事項を記載
 - 回復期・療養期医療機関または生活期医療機関（クリニックおよび、訪問看護ステーション）と情報共有
- 【情報の共有方法】紙媒体にて診療情報提供書へ同封し情報共有

■ **いしかわ診療情報共有ネットワーク同意書（ID リンク使用時）**

- 情報共有のため ID リンクを使用する場合同意書が必要

【注意事項】

- 診療情報提供書、医療連絡シートについては患者には渡さず直接医療機関同士で受け渡しを行うこと。
- 患者が回復期・療養期医療機関または生活期医療機関を受診する際に、心不全手帳を必ず提出するように伝えること

2. 回復期・療養期医療機関

<急性期医療機関からの送付書類及び患者持参書類>

・患者持参書類

- ① 心不全手帳

・急性期医療機関からの送付書類

- ① 医療連絡シート
- ② 診療情報提供書（急性期医療機関から）

急性期医療機関と同様に、地域連携診療計画加算（300 点）を算定するには、入退院支援加算（600 点）の算定を必ず行う必要がある。

<回復期・療養期医療機関で新たに交付する必要がある書類>

・入退院支援加算用の書類

退院支援計画書

・地域医療連携加算用の必要書類

- ① 地域連携診療計画書（心不全パス）（心不全手帳 P5-6）
- ② 同意書
- ③ 心不全手帳（心不全手帳 P3-4）
- ④ 診療情報提供書（生活期医療機関へ）
- ⑤ 診療情報提供書（急性期病院へ）

・心不全パス運用の必要書類

- ① 心不全手帳（心不全手帳 P1-P2, P29-35）
- ② 医療連絡シート
- ③ いしかわ診療情報共有ネットワーク同意書（ID リンク使用時）

入退院支援加算に必要なこと

●入退院支援加算の算定の場合

入院 7 日以内に以下を実施

- ・退院支援計画への着手
- ・退院支援カンファレンス（入退院支援加算 2 の場合はできるだけ早期に行うで可）
- ・患者・家族に対する面談

●退院時に以下を実施

- ・退院支援計画書を交付

地域連携診療計画加算用、パス運用時の必要書類

- 心不全パス（心不全手帳 P6） 【患者持参】
 - 心不全手帳内の心不全パスの回復期・療養期医療機関の部分について入院 7 日以内に患者に説明し、説明者のサインを記載したものを、サインの入ったもの、記載したものを退院日までにコピーして保存（心不全手帳 P3-6）
- 同意書【新たに作成】
 - 入院 7 日以内に患者・家族より同意書を取得し、カルテ内に保存
- 心不全手帳（P1-P3, P29-35）【患者持参】
 - 急性期医療機関の指導内容を確認
 - 各職種が管理ファイルに沿って退院までに指導し、指導後にサイン
 - 退院までに患者基本情報が変わった場合は、急性期医療機関から送られてきた情報を元に変更のある部分のみ再度作成
 - 退院時に患者に交付し、生活期医療機関に引き継ぐ
- 診療情報提供書（生活期医療機関へ）【新たに作成】
 - 退院時に生活期医療機関への診療情報提供書を記載し、送付
- 診療情報提供書（急性期医療機関へ）【新たに作成】
 - 退院時に急性期医療機関への診療情報提供書を記載し、送付
- 医療連絡シート【急性期医療機関から送付＋新たに作成】
 - 退院日までに各職種が必要事項を記載
 - 退院時に 急性期医療機関で記載した医療者間患者連絡シートと併せて、生活期医療機関（クリニックおよび、訪問看護ステーション）と情報共有
→【情報の共有方法】紙媒体にて診療情報提供書へ同封し情報共有。

【注意事項】

- ・ 医療連絡シート、診療情報提供書については患者には渡さず直接医療機関同士で受け渡しを行うこと。
- ・ 患者が生活期医療機関を受診する際に、心不全手帳を必ず提出するように伝えること

3. 生活期医療機関、訪問看護ステーション

< 急性期、回復期病院からの送付書類及び患者持参書類 >

患者持参書類

- ① 心不全パス・管理ファイル（心不全手帳）

急性期病院からの送付書類

- ① 医療連絡シート
- ② 診療情報提供書（急性期病院または回復期・療養期医療機関から）

生活期医療機関は、地域連携診療計画加算の届け出を行うことで、診療情報提供料
250 点+地域連携診療計画加算 50 点を上乗せすることが可能

< 生活期医療機関で新たに発行する書類 >

- ① 同意書
- ② 診療情報提供書（急性期病院または回復期・療養期医療機関へ）

加算のために

- 個別の患者ごとの診療計画として心不全手帳の P5-6 をコピーして保存
- 連携保険医療機関等に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等として心不全手帳 P3-4 をコピーして保存
- 面談とその記録（形式は問わない）
- 地域連携診療計画加算を申請するためには、紹介する医療施設は、紹介先の医療施設と最低年 3 回の面談が必要（診療情報の共有、地域連携パスの評価等行うため）。

地域連携診療計画加算用、パス運用時の必要書類

■ 心不全パス 【患者持参】（心不全手帳）

- 回復期医療機関の部分について患者に説明し、説明者のサインを記載したものをカルテ内に保存

■ 同意書【新たに作成】

- 患者・家族より同意書を取得し、カルテ内に保存

■ 心不全手帳【患者持参】

- 急性期、回復期・療養期医療機関での記載を確認し、診察する

■ 医療連絡シート【急性期医療機関から送付】

➤ 送付されたものをカルテに保存

■ 診療情報提供書（急性期または回復期・療養期医療機関へ）

紹介先からの退院月もしくはその翌月に、急性期病院への診療情報提供書を記載し送付

石川県心不全地域連携診療計画書			
患者氏名 【 】 男性・女性 生年月日 年 月 日生 【 】 歳			
急性期医療機関 入院日 年 月 日 地域連携計画説明日 年 月 日 説明者サイン 施設名（主治医）			
経過	緊急期 入院～数日 安定期 数日～約2週間 退院日 (/)	経過 転院日～退院 入院期間、および1～3ヶ月程度 退院日 (/)	
達成目標 認知・転院 基準	☐ 安静を保つことができる。 ☐ 呼吸が楽になる。 ☐ 体重が減る。	☐ 呼吸状態が改善する。 ☐ 内服薬の必要性が理解できる。 ☐ 生活習慣の問題点が理解できる。 ☐ 退院に向けて多職種で話し合いを行う。	
治療 計画 実施	☐ 病状に応じて安静、酸素吸入、点滴を含めた薬物治療を行います。 ☐ 病状に応じて採血、レントゲン、心電図、レントゲンなどを行います。 ☐ 必要に応じてカテーテル検査や治療、ペースメーカー治療、陽圧呼吸による治療を行います。		
食事 栄養	☐ 病状以外に食べられませんか。 ☐ 医師の指示の下、食事内容が変更します。 ☐ 医師の指示の下、適切な水分摂取量の指導を行います。 ☐ 心不全治療のための栄養指導を行います。		
リハビリ 活動	☐ 筋力低下を予防し、日常生活動作を改善するため、医師の指示の下、早期からの心臓リハビリテーションを行います。 ☐ 状態に応じて医師の指示の下、安静度が変更します。		
相談 指導	医師：病状説明 看護師：入院生活 について説明 薬剤師：必要時 薬の相談 必要に応じて下記指導を行います。 ☐ 理学療法士：運動指導 ☐ 看護師：生活指導 ☐ 薬剤師：薬物指導 ☐ 栄養士：栄養指導		
医療相談	今後のことについて相談します。 ☐ 退院支援 ☐ 介護サービス等の利用 ☐ 医療費について ☐ 社会復帰について（就労・就学）		

回復期・療養期医療機関			
転院日 年 月 日 地域連携計画説明日 年 月 日 説明者サイン 施設名（主治医）			
経過	転院日～退院 入院期間、および1～3ヶ月程度 退院日 (/)	経過 転院日～退院 入院期間、および1～3ヶ月程度 退院日 (/)	
達成目標 認知・転院 基準	☐ 呼吸状態が悪化しない。 ☐ リハビリテーションが目標に達している。	☐ 呼吸状態が改善する。 ☐ 内服薬の必要性が理解できる。 ☐ 生活習慣の問題点が理解できる。 ☐ 退院に向けて多職種で話し合いを行う。	
治療 計画 実施	☐ 病状に応じて採血、レントゲン、心電図、レントゲンなどを行います。 ☐ 必要に応じてカテーテル検査や治療、ペースメーカー治療、陽圧呼吸による治療を行います。		
食事 栄養	☐ 病状以外に食べられませんか。 ☐ 医師の指示の下、食事内容が変更します。 ☐ 医師の指示の下、適切な水分摂取量の指導を行います。 ☐ 心不全治療のための栄養指導を行います。		
リハビリ 活動	☐ 筋力低下を予防し、日常生活動作を改善するため、医師の指示の下、早期からの心臓リハビリテーションを行います。 ☐ 状態に応じて医師の指示の下、安静度が変更します。		
相談 指導	医師：病状説明 看護師：入院生活 について説明 薬剤師：必要時 薬の相談 必要に応じて下記指導を行います。 ☐ 理学療法士：運動指導 ☐ 看護師：生活指導 ☐ 薬剤師：薬物指導 ☐ 栄養士：栄養指導		
医療相談	今後のことについて相談します。 ☐ 退院支援 ☐ 介護サービス等の利用 ☐ 医療費について ☐ 社会復帰について（就労・就学）		

生活期医療機関			
地域連携計画説明日 年 月 日 説明者サイン 施設名（主治医）			
経過	転院日～退院 入院期間、および1～3ヶ月程度 退院日 (/)	経過 転院日～退院 入院期間、および1～3ヶ月程度 退院日 (/)	
達成目標 認知・転院 基準	☐ 呼吸状態が悪化しない。 ☐ リハビリテーションが目標に達している。	☐ 呼吸状態が改善する。 ☐ 内服薬の必要性が理解できる。 ☐ 生活習慣の問題点が理解できる。 ☐ 退院に向けて多職種で話し合いを行う。	
治療 計画 実施	☐ 病状に応じて採血、レントゲン、心電図、レントゲンなどを行います。 ☐ 必要に応じてカテーテル検査や治療、ペースメーカー治療、陽圧呼吸による治療を行います。		
食事 栄養	☐ 病状以外に食べられませんか。 ☐ 医師の指示の下、食事内容が変更します。 ☐ 医師の指示の下、適切な水分摂取量の指導を行います。 ☐ 心不全治療のための栄養指導を行います。		
リハビリ 活動	☐ 筋力低下を予防し、日常生活動作を改善するため、医師の指示の下、早期からの心臓リハビリテーションを行います。 ☐ 状態に応じて医師の指示の下、安静度が変更します。		
相談 指導	医師：病状説明 看護師：入院生活 について説明 薬剤師：必要時 薬の相談 必要に応じて下記指導を行います。 ☐ 理学療法士：運動指導 ☐ 看護師：生活指導 ☐ 薬剤師：薬物指導 ☐ 栄養士：栄養指導		
医療相談	今後のことについて相談します。 ☐ 退院支援 ☐ 介護サービス等の利用 ☐ 医療費について ☐ 社会復帰について（就労・就学）		

§ § 心不全増悪時の対応

心不全増悪時の対応

① 生活期医療機関

心不全増悪が疑われる場合には、必要であれば、心不全増悪時に使用する紹介状を用いて（図 8）連携する急性期医療機関に紹介する。心不全パスを以前に使用した患者については、急性期、回復期の医療連絡シートを同封する。

② 訪問看護ステーション

配布した心不全チェックシート（図 9）を用いて、心不全増悪が疑われる場合は、まずは生活期医療機関と連携し、必要に応じて急性期医療機関に連絡する。

患者には心不全手帳を急性期医療機関に必ず持参するように伝える

（図 8）

心不全の評価（御評価いただいた項目のみの記載をお願いいたします）	
・ $SpO_2 < 90\%$、安静時呼吸数 > 24、起坐呼吸、安静時呼吸苦の 1 項目でも該当するようであれば、時間に関わらず急性期病院に御紹介下さい。 ・ 緊急項目には該当せず、A)～F)のうちで 1 項目でも該当する場合には、早期に急性期病院に紹介することをご検討ください。（体重は 1 週間で 2 kg 以上の増加）	
【増悪因子の可能性のあるもの】 内服中断 ・ 通院中断 ・ 塩分過多 ・ 水分過多 ・ 過労 ・ 血圧上昇 ・ 心房細動 ・ 感染症（ ） その他（ ） ・ 不明	
【緊急項目】（1、2 については必ずご評価下さい。3 は可能であれば御評価下さい） 1. SpO_2 （ ）% 2. 起坐呼吸/安静時呼吸苦 有 ・ 無 いつから（ ）日前 3. 安静時呼吸数 （ ）回/分（20 秒計測し、3 倍してください）	
【心不全評価項目】（該当項目にチェックを入れてください） 血圧 / mmHg、脈拍 / 回 整、不整 ☐ A) 体重増加 （ ）kg 増加 / （ ）週間（退院前体重 kg） ☐ B) 労作時呼吸苦 いつから（ ）日前 ☐ C) 顔面もしくは下腿浮腫 いつから（ ）日前 ☐ D) 全身倦怠感 いつから（ ）日前 ☐ E) 食欲不振 いつから（ ）日前 ☐ F) 胸部レントゲン（☐ 肺うっ血、☐ 胸水貯留、☐ 心胸郭比増大） 心不全への追加治療 有 ・ 無 具体的内容（ ）	

（図 9）

心不全増悪を疑い、医療機関紹介を考慮した場合にご使用ください

<u>心不全の評価（御評価いただいた項目の記載をお願いいたします。）</u> • $SpO_2 < 90\%$、安静時呼吸数 > 24、起坐呼吸/安静時呼吸苦の1項目でも該当する場合、時間に関わらず貴施設の連携施設もしくは、急性期病院へ連絡下さい。 • 緊急項目には該当せず、A)～E)のうちで1項目でも該当する場合には、早期に連携施設に紹介することをご検討ください。（体重は1週間で2 kg以上の増加）			
【生活面の評価】 内服コンプライアンス (○ △ ×) 塩分制限 (有 無) 水分制限の意識 (有 無) 過労作 (有 無)			
【緊急項目】（1、2については必ずご評価下さい） 1. SpO_2 ()% 2. 起坐呼吸/安静時呼吸苦 有 ・ 無 いつから (日前) 3. 安静時呼吸数 () 回/分 (20 秒計測し、3 倍してください)			
【心不全評価項目】（該当項目にチェックを入れてください） 血圧 / mmHg、脈拍 /回 整, 不整 ☐ A) 体重増加 () kg 増加 / () 週間 (退院前体重 kg) ☐ B) 労作時呼吸苦 いつから (日前) ☐ C) 顔面もしくは下腿浮腫 いつから (日前) ☐ D) 全身倦怠感 いつから (日前) ☐ E) 食欲不振 いつから (日前)			

§ § 心不全増悪により急性期医療機関に再入院した後、再度地域連携を行う際の石川県心不全地域連携診療計画書（心不全パス）の運用について

- （１） 心不全パス、同意書は再発行する。
- （２） 心不全手帳の再発行、もしくは心不全手帳のメモ欄に（P3-P6）を貼付する。

§ § ID リンクへのデータのアップロードの方法

1) ID リンクのアップロードの方法

ID リンクにアップロードする書類は、

- A) 心不全手帳（p3-6）（心不全パス時にコピーする場所）
- B) 医療連絡シート

となります。

① 心不全健康管理ファイルを記載する。

（※ 心不全ファイルを記載すると、ID リンクにのせるための患者基本情報のみを記載しているシートにも自動記載されるようになっています。）

② ファイル情報の新規作成

[ファイル一覧]を選んで、[新規作成]ボタンをクリックします。

③ ファイル情報の詳細入力

[日付]、[登録ファイル]、[説明]の各項目を入力します。

入力を終わったら[登録]ボタンをクリックします。

[日付] ファイルの登録日

[登録ファイル] [参照ボタン]をクリックして管理ノートと医療連絡シートのエクセルファイルを選択します。

[説明]

以下のファイルの説明は以下のように統一します。

急性期病院の場合

（日付） 20200801 心不全地域医療連携パス管理ノート（急性期●●病院）

（日付） 20200801 心不全地域医療連携医療連絡シート（急性期●●病院）

回復期、療養期病院の場合

（日付） 20200910 心不全地域医療連携パス管理ノート（回復期●●病院）

（日付） 20200910 心不全地域医療連携医療連絡シート（回復期●●病院）


ファイルのアップロードを行います。
 各項目を正確に入力してください。
 * 印は必須入力項目です。

日付 * （日付は西暦とし、区切り文字には「-」を使用してください。）

登録ファイル *

説明 * （全半角40文字以内）

登録先機関 * 2017-11-01 ~ 2017-11-15 ▼