（様式３）　　　　**魚沼地域医療・介護連携ネットワークシステム構築業務提案書**

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒 |
| 提案者名  （名称及び代表者の氏名）  ※代表印または受任者印必須 | ㊞ |
| 担当者 |  |
| 連絡先住所 | 〒 |
| 担当者氏名（ふりがな） |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

　次のことについて、魚沼地域医療・介護連携ネットワークシステム構築に係るセールスポイントや事業実施に向けた検討内容等を記載してください。

　なお、提案要領において提案書への明示をお願いしている項目について、適切な個所に「ＩＤ番号」とともに記載するよう留意願います。

１　機能仕様書

（１）標準準拠

|  |
| --- |
|  |

（２）既存資産の有効活用

|  |
| --- |
|  |

（３）双方向の情報連携

|  |
| --- |
|  |

（４）電子カルテ非依存

|  |
| --- |
|  |

（５）データ利活用

|  |
| --- |
|  |

（６）医介情報統合

|  |
| --- |
|  |

（７）リプレース対応の柔軟性

|  |
| --- |
|  |

（８）施設追加対応の柔軟性

|  |
| --- |
|  |

（９）柔軟なアクセス権限制御

|  |
| --- |
|  |

（10）名寄せの省力化

|  |
| --- |
|  |

（11）既存ネットワークとのデータ連携

|  |
| --- |
|  |

（12）セキュリティ対策

|  |
| --- |
|  |

（13）クラウド型電子カルテ補完機能の提供

|  |
| --- |
|  |

（14）医介情報統合

|  |
| --- |
|  |

（15）名寄せの自動化

|  |
| --- |
|  |

（16）運用・保守の可視化

|  |
| --- |
|  |

（17）ポータル機能

|  |
| --- |
|  |

（18）患者情報表示機能

|  |
| --- |
|  |

（19）予約機能

|  |
| --- |
|  |

（20）医療介護応用拡張機能

|  |
| --- |
|  |

（21）システム応用機能

|  |
| --- |
|  |

（22）健診連携機能

|  |
| --- |
|  |

（23）コホート活用機能

|  |
| --- |
|  |

２　費用

（１）構築費用

|  |
| --- |
| 見積書を提出。 |

（２）運営費用（考え方を記載。また、概算見積書を提出。）

|  |
| --- |
|  |

（３）機器の更新費用（考え方を記載。また、概算見積書を提出。）

|  |
| --- |
|  |

（４）後から参加する医療施設等の費用（考え方を記載。また、概算見積書を提出。）

|  |
| --- |
|  |

３　運営保守

（１）参加施設従事者の負担軽減（ヘルプデスク等）

|  |
| --- |
|  |

（２）機器障害（故障）へのサポート体制

|  |
| --- |
|  |

（３）事務局の負担を軽減する仕組み

|  |
| --- |
|  |

４　自由提案

　　仕様等に定める以外の有益な提案等がありましたら、記載してください。必要に応じて、要求仕様書において適用除外が必要なＩＤ番号とその理由を記載してください。

項目１

|  |
| --- |
|  |

項目２

|  |
| --- |
|  |

項目３

|  |
| --- |
|  |

※記載する場合は、３項目以内にまとめて、優先順位の高いものから先に記載してください。