

診療・検査医療機関 指定申請書

別紙 1

申請日：令和 年 月 日

※ 申請日が指定開始日となります。記載内容に変更が生じた場合は変更届出書の提出が必要です。

1. 基本情報を記載してください。

医療機関名			
医療機関所在地	〒		
電話番号			
相談を受け付ける電話番号 (上記と異なる場合)			
保険医療機関番号	※半角10桁(ハイフンなし)	地区医師会名 (加入している場合)	医師会
届出担当部署・担当者			
メールアドレス ※ 報告件数等のID送付や各種お知らせ等が送付されます。			
【診療所のみ】 検査件数等の報告方法 (1つ選択)	システム (G-MIS)	FAX ネット環境等がない 場合のみ	<input type="radio"/> システム利用の場合、追って国よりシステムIDが発行され ず。報告方法もあわせて連絡がありますので御確認ください。(上 記メールアドレスに送付されます。) <input type="radio"/> FAXによる報告については、指定の際にお知らせします。 <input type="radio"/> 病院はシステム報告となります。

2. 診療・検査の内容を記載してください。(当てはまるものに○をしてください。)

指定区分 (1つ選択)	<input type="checkbox"/> ① 自院のかかりつけ患者や自院に相談があった患者に加え、他院や受診・相談センターから案内を受けた患者を受け入れ可能。
	<input type="checkbox"/> ② 自院のかかりつけ患者や自院に相談があった患者のみを受け入れる。
	<input type="checkbox"/> ③ ①もしくは②に加え濃厚接触者等に対する検査を担う。※ ①もしくは②にも○をしてください。
検査の実施場所 (全て選択)	<input type="checkbox"/> 自院(簡易キット又は検査機器等を保有する場合)
	<input type="checkbox"/> 検査会社等への委託
検査方法 (全て選択)	<input type="checkbox"/> 抗原定性検査(簡易キット)
	<input type="checkbox"/> 核酸検出検査(PCR法、LAMP法含む)
	<input type="checkbox"/> 抗原定量検査

3. 公表について記載してください。(必ずどちらかに○をしてください。)

診療・検査情報の公開先 (1つ選択)	<input type="checkbox"/> 県のホームページ等での公表可。
	<input type="checkbox"/> 保健所、受診・相談センター、地域の医療機関等関係者のみでの情報共有可。

4. 稼働時間を記載してください。

診療・検査医療機関 対応時間	曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日
	①	～	～	～	～
	②	～	～	～	～
	③	～	～	～	～
	時間数	時間	時間	時間	時間
	患者数	人	人	人	人
	曜日	金曜日	土曜日	日曜・祝日	患者が受診される際の留意事項をご記入ください。
	①	～	～	～	
	②	～	～	～	
	③	～	～	～	
	時間数	時間	時間	時間	
	患者数	人	人	人	