

申請日	令和 年 月 日
-----	-------------------

診療・検査医療機関指定申請書

1. 基本情報

医療機関名			
保険医療機関番号		郵便番号	
住所			
電話番号			
担当部署		担当者氏名	
メールアドレス			

2. 診療・検査体制等

申請事項	記入欄		
診療・検査の対象となる患者（該当するものに全て○を記入）	発熱患者	濃厚接触者	自宅療養者
他の医療機関や健康相談コールセンターから案内を受けた患者			
自院のかかりつけ患者や自院に相談があった患者			
実施内容（該当するものに全て○を記入）			
対面診療 ※対面診療を行わない場合は指定の対象外			
オンライン診療			
民間や地域外来・検査センターへ検査（PCR検査等）を依頼			
自院でPCR検査を実施			
自院で抗原定量検査を実施			
自院で抗原定性検査（簡易検査キット）を実施			
1週間単位の診療・検査対応時間 ※濃厚接触者・自宅療養者の対応時間が異なる場合は、分けてご記入ください		【記入例】 10:00~12:00、15:00~17:00 自宅療養者は15:00~17:00	
月曜日			
火曜日			
水曜日			
木曜日			
金曜日			
土曜日			
日曜日			
県ホームページ等での公表の可否（可は○、否は×を記入） ※公表リストは発熱患者用と自宅療養者用と分かれています			