（別添２）

【提出先】 FAX 0857-26-8143 e-mail kansen-taisaku@pref.tottori.lg.jp

※送付状は添付せずこのままお送りください

「外来対応医療機関」登録（変更）届

記入日：　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当部署又は担当者 | 担当部署 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 担当者電話番号 |  |
| 担当者電子メール |  |
| **以下、該当項目について、登録（変更）内容を記入してください。** |
| 実施内容 | 該当する対応内容すべてに○をしてください１－１．自院で新型コロナウイルス感染症の検査（抗原検査キット利用）１－２．自院で新型コロナウイルス感染症の検査（自院の検査機器利用）２．自院で新型コロナウイルス感染症の検体採取（検体処理は外部委託）３．発熱患者の診察のみ（新型コロナウイルス感染症の検査は行わない） |
| 対象患者 | 該当する者すべてに○をしてください１．限定しない２．自院のかかりつけ患者に限定 |
| １週間単位の外来対応時間 | 曜日 | 発熱患者対応時間帯 | 対応時間数（単位：時間） |
| 記入例 | 8:30-12:00, 15:30-18:00 | ６時間 |
| 月 |  |  |
| 火 |  |  |
| 水 |  |  |
| 木 |  |  |
| 金 |  |  |
| 土 |  |  |
| 日 |  |  |
| 県ホームページでの公表の可否 | いずれかに○をしてください１．可　　　２．不可※「１．可」の場合は、発熱患者等から新型コロナウイルス感染症相談・支援センターに受診相談があった場合も案内させていただきます。※「２．不可」の場合も登録情報は地域の医療機関や保健所等で情報共有します。 |