　　　　　　　（別紙）

基本事項

|  |  |
| --- | --- |
| 項　目 | 内　容 |
| 医療機関名 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 担当者職氏名 | 〔所属部署：　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| 住　　所 | （〒　　　―　　　　） |
| 電話番号  FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 患者の受入区分 | * 自院のかかりつけ患者と自院に相談があった患者のみ対応 * 他の医療機関や受付・相談センターからの紹介患者も対応 * 濃厚接触者等に対する検体採取も担う * その他、各医療機関で設ける条件   〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| 自院での実施内容 | 1. 実施内容   □検体採取を実施   1. 検査方法   □PCR検査  □抗原定量検査  □抗原定性検査（簡易キット） |
| １週間の対応時間  時間が分かるように記載する。 | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 曜日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | | AM |  |  |  |  |  |  |  | | PM |  |  |  |  |  |  |  | |
| 小児対応の可否 | □可  □不可 |
| 経口抗ウイルス薬の処方の可否 | □ラゲブリオ®カプセル処方可  □パキロビッド®パック処方可  □いずれも不可 |
| オンライン診療等の対応の可否  （オンライン診療：話や情報通信機器を用いた診療） | □可  □不可  ※可の場合  □初診の診療可  □再診の診療可  □オンライン診療等について各医療機関で設ける条件  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □医療機関のウェブサイトURL  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 県ホームページでの公表 | □希望する  □希望しない |

　（※□にレを付してください。）