（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のみ対応□自院のかかりつけ患者以外の患者へも対応* 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□ゾコーバ錠処方可□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：電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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 往診対応の可否 | □可□不可往診等について各医療機関で設ける条件（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 県ホームページでの公表の可否 | □可□不可 |

　（※□にレを付してください）