

(様式1)

(送付元)

診療・検査医療機関としての指定を希望する医療機関（意向調査票）

令和 年 月 日作成

医療機関名		
郵便番号		
住所		
電話番号		
保険医療機関番号		
担当部署		
担当者氏名		
担当部署電話番号		
担当部署メールアドレス		
実施内容 (実施しているものに☑) ※検査は新型コロナの検査	<input type="checkbox"/> 診療	
	<input type="checkbox"/> 検査（唾液及び鼻腔ぬぐい（自己採取）のみ）	
	<input type="checkbox"/> 検査（唾液等に加え、医療従事者が鼻腔や咽頭から検体を採取）	
対象者 (対応可能なものに☑)	<input type="checkbox"/> 相談センター等からの紹介	
	<input type="checkbox"/> 自院患者	
	<input type="checkbox"/> 濃厚接触者	
発熱患者診療の曜日ごとの稼働時間 (曜日ごとに0~24の数字で記入して下さい。診療・検査の稼働時間が同一でない場合はいずれかが稼働している時間の合計を記入して下さい。)	月	
	火	
	水	
	木	
	金	
	土	
	日	
発熱患者専用の診療・検査対応時間		
愛知県ホームページ上での公表の可否	<input type="checkbox"/> 公表可	
	<input type="checkbox"/> 公表不可	

(様式1)

【記入例】

(送付元)

〇〇クリニック

診療・検査医療機関としての指定を希望する医療機関 (意向調査票)

令和 年 月 日作成

医療機関名	〇〇クリニック	
郵便番号	123-5678	
住所	〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地	
電話番号	052-123-4567	
保険医療機関番号	1234567	
担当部署	〇〇課〇〇係	
担当者氏名	〇〇 〇〇	
担当部署電話番号	052-123-4568	
担当部署メールアドレス	xxxxxx@xxx.xx.jp	
実施内容 (実施しているものに <input checked="" type="checkbox"/>) ※検査は新型コロナの検査	<input checked="" type="checkbox"/>	診療
	<input checked="" type="checkbox"/>	検査 (唾液及び鼻腔ぬぐい (自己採取) のみ)
	<input type="checkbox"/>	検査 (唾液等に加え、医療従事者が鼻腔や咽頭から検体を採取)
対象者 (対応可能なものに <input checked="" type="checkbox"/>)	<input checked="" type="checkbox"/>	相談センター等からの紹介
	<input checked="" type="checkbox"/>	自院患者
	<input type="checkbox"/>	濃厚接触者
発熱患者診療の曜日ごとの稼働時間 (曜日ごとに0~24の数字で記入して下さい。診療・検査の稼働時間が同一でない場合はいずれかが稼働している時間の合計を記入して下さい。)	月	5
	火	5
	水	5
	木	0
	金	5
	土	0
	日	0
発熱患者専用の診療・検査対応時間	月~水、金 9:00~12:00 16:00~18:00	
愛知県ホームページ上での公表の可否	<input checked="" type="checkbox"/>	公表可
	<input type="checkbox"/>	公表不可