

(様式1)

(送付元)

外来対応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	
対象者 (対応可能なものに☑)	<input type="checkbox"/> かかりつけ患者以外への対応が可能 <input type="checkbox"/> 小児患者への対応が可能
発熱患者専用の診療・検査対応時間	

※原則愛知県ホームページ上で公表させていただきます。

（公表項目：医療機関名、住所、診療・検査対応時間、電話番号 等）

もし、対象者の限定（かかりつけ患者に限る等）や初診時の選定療養費の支払を求める旨（紹介状がない場合、初診時に選定療養費の支払いが必要です等）などの但し書きの記載が必要な場合は、意向調査票の診療・検査対応時間の項目に但し書きの文言を記入してください。

なお、但し書きの内容と対象者の選択内容に齟齬がある場合（かかりつけ患者に限る但し書きが入力されているが、対象者としてかかりつけ患者以外への対応が選択されている等）には、但し書きを削除する場合がありますので、ご了承ください。

(記入例)

(送付元)

〇〇クリニック

外来対応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5年5月8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
対象者 (対応可能なものに☑)	<input type="checkbox"/> かかりつけ患者以外への対応が可能
	<input checked="" type="checkbox"/> 小児患者への対応が可能
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 ※かかりつけ患者に限る ※紹介状がない場合、初診時に選定療養費の支払いが必要です

※原則愛知県ホームページ上で公表させていただきます。

(公表項目：医療機関名、住所、診療・検査対応時間、電話番号 等)

もし、対象者の限定（かかりつけ患者に限る等）や初診時の選定療養費の支払を求める旨（紹介状がない場合、初診時に選定療養費の支払いが必要です等）などの但し書きの記載が必要な場合は、意向調査票の診療・検査対応時間の項目に但し書きの文言を記入してください。

なお、但し書きの内容と対象者の選択内容に齟齬がある場合（かかりつけ患者に限る但し書きが入力されているが、対象者としてかかりつけ患者以外への対応が選択されている等）には、但し書きを削除する場合がありますので、ご了承ください。