

【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	<p>該当する対応内容すべてに○をしてください</p> <p>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）</p> <p>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）</p> <p>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）</p> <p>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）</p>		
対象患者	<p>該当する者すべてに○をしてください</p> <p>1. 限定しない</p> <p>2. 自院のかかりつけ患者に限定</p>		
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	<p>いずれかに○をしてください</p> <p>1. 可      2. 不可</p> <p>※「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。</p> <p>※「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。</p>		