0415 作成
0417 修正

記入要領

○　別紙１－２の記載方法

【共通】
例の下にある、色付きのセルに記入してください。

【施設名】
貴医療機関名を書いてください。

【郵便番号】
半角数字かつ、ハイフン（-）付で入力してください。

【住所】
貴医療機関の所在地を都道府県名から記載してください。番地等については半角英数字で入力してください。

【電話番号】
貴医療機関の電話番号を半角数字かつ、ハイフン（-）付で入力してください。

【ウェブサイト】
貴医療機関のホームページのトップページのリンクを入力してください。

【初診の電話等を用いた診療の実施の有無】
○若しくは×を入力してください。

【再診の電話等を用いた診療の実施の有無】
○若しくは×を入力してください。

【対応診療科】
前の２つの項目の片方若しくは両方に○をつけた医療機関は、それに対応できる診療科を入力してください。

【担当医師名】
電話等による診療に対応できる医師の名前を入力してください。

【対面診療が必要と判断した場合に連携する医療機関名】
この医療機関は国通知２ページ目 1⑵①イに基づき事前に承諾を得たものです。
その際住所は、都道府県名から記載してください。番地等については半角英数字で入力してください。

【メールアドレス】
今後、同様の調査が続くものと考えられます。その際、簡易に連絡が取れるアドレスを入力してください。

【ファクシミリ】
メールアドレスがない場合ファクシミリの番号を記載してください。

【公表を希望しない場合】
諸事情で公表を希望しない場合は、この欄に希望しない旨記載してください。

○　提出方法

・保健所設置市（横浜市、川崎市、相模原市、横須賀市、藤沢市及び茅ケ崎市（寒川町含む））所在の場合は該当の市のアドレスに、それ以外の市に所在する場合は県医療課のアドレスに提出ください。（メールによる回答が難しい場合は併記しているファクシミリあてに送付してください。）

・提出の際はメールの件名及びファイル名を【電話診療調査（所在する市_医療機関名）】としてください。