電話や情報通信機器を用いて診療を実施する医療機関の調査票

別紙１－２

	基本情報					事務連絡に基づく対応について				
	施設名	郵便番号	住所（都道府県から記載）	電話番号	ウェブサイトURL	初診の電話等を用いた診療の実施の有無	再診の電話等を用いた診療の実施の有無	対応診療科	担当医師名	対面診療が必要と判断した場合に連携する医療機関名（複数ある場合は複数、住所も併せて記載）
例	○○医院	000-0000	東京都千代田区・・・	080-0000-0000	http://www…	○	○	内科 小児科	○○　○○ ○○　○○	○○病院（東京都○○区・・・） ○○病院（埼玉県○○市・・・）