

申請日

令和

年

月

日

診療・検査医療機関指定申請書

1. 基本情報

医療機関名			
保険医療機関番号		郵便番号	
住所			
電話番号			
担当部署		担当者氏名	
メールアドレス			

2. 診療・検査体制等

申請事項	記入欄
診療・検査の対象となる患者（該当するものに全て○を記入）	
他の医療機関や健康相談コールセンターから案内を受けた患者	
自院のかかりつけ患者や自院に相談があった患者	
濃厚接触者等で検査を受ける必要がある者	
実施内容（該当するものに全て○を記入）	
対面診療 ※対面診療を行わない場合は指定の対象外	
オンライン診療	
民間や地域外来・検査センターへ検査（PCR検査等）を依頼	
自院でPCR検査を実施	
自院で抗原定量検査を実施	
自院で抗原定性検査（簡易検査キット）を実施	
1週間単位の診療・検査対応時間（記入例 10:00～12:00、15:00～17:00）	
月曜日	
火曜日	
水曜日	
木曜日	
金曜日	
土曜日	
日曜日	
県ホームページ等での公表の可否（可は○、否は×を記入）	