**宛先:京都府健康対策課感染症対策係**

**ＦＡＸ: ０７５－４３１－３９７０**

申請日：令和　　　年　　月　　日

「外来対応医療機関」への指定に係る新規（変更）申請書

　外来対応医療機関への指定に当たり、以下の項目にご記入いただき、京都府健康対策課あてＦＡＸで提出をお願いします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 今回の申請種別 | | | 新規　・　変更 | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 住所（新規指定の場合のみ） | | |  | | | | | | | | | | | |
| メールアドレス  【正確にわかるよう記載】 | | | ＠ | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | 通　常： | | |  | | | | | | | | |
| 公開用： | | |  | | | | | | | | |
| （ホームページ等で異なる番号を公開されている場合のみ記入） | | | | | | | | | | | |
| 発熱患者等の診療・検査を  受け付ける時間帯・数（※） | | | 月 | | 火 | | 水 | | 木 | | 金 | | 土 | 日 |
| 時間帯 | *（記入例）* | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| *9:00～12:00*  *13:00～15:00* | |
| 時間数 | *５* | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| かかりつけ患者以外の患者（初診患者）の対応可否 | | | | | | | | | | | | 可 ・ 否 | | |
| 小児患者の対応可否 | | 可 ・ 否 | | | | | | 対応可能  年齢 | | 0～5歳　・　6歳～12歳 | | | | |
| 電話診療又は  オンライン診療の可否 | | 可 ・ 否 | | | | | | 対応可能  診療形式 | | 電話　・オンライン | | | | |
| 経口抗ウイルス薬の処方  対応可否 | | 可 ・ 否 | | | | | | 検査方法 | | PCR検査・抗原定量検査・抗原定性検査 | | | | |
| 京都府ホームページ（ＨＰ）での公開可否  府ＨＰでの掲載内容は、市町村のＨＰにも掲載される場合があります。  府ＨＰでは「受診の際には、必ず事前に電話連絡の上、  医療機関の指示に従って受診」するようにお知らせしています。 | | | | | | | | | | | | 可 ・ 否 | | |
| 連絡事項  （変更事項、受診時の注意等） | | | |  | | | | | | | | | | |