

宇都	上都	下都	小山	佐野
足利	塩谷	那須	南那	芳賀
※医師会会員の場合、所属都市医師会を○で囲んでください。				

「診療・検査医療機関」指定に係る意向等調査表

申請日	医療機関名 ※1	郵便番号	所在地	電話番号 (代表)	保険医療 機関番号 ※2	担当 部署名	担当者 氏名	担当部署 電話番号
令和4年 11月1日	【記入例1】 とちまる医院	320-0000	宇都宮市埴田0-0-00	028-623-0000	1111111111	総務課	栃木 太郎	028-623-0000
令和4年 11月1日	【記入例2】 とちまる診療所	320-0001	宇都宮市埴田0-0-01	028-623-0001	...	管理課	栃木 花子	028-623-0001

担当部署 メールアドレス	公表の可否 ※原則公表	実施内容 ※3						行政検査 委託契約 締結状況	診療・検査の対象者		
		陽性前 の診察	検査		陽性後 の外來 診療	陽性後 の往診	小児患者 の対応		受診・相談センター からの紹介患者	自院 患者	濃厚 接触者
			インフル	コロナ							
tochimaru0@tochigi.lg.jp	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
tochimaru1@tochigi.lg.jp	○	○	×	×	×	×	○	×	×	○	×

曜日ごとの対応時間 ※4															
月		火		水		木		金		土		日		祝日	
開始	終了	開始	終了	開始	終了	開始	終了	開始	終了	開始	終了	開始	終了	開始	終了
10:00	13:00	10:00	13:00	10:00	13:00			10:00	13:00	10:00	13:00	9:00	11:00		
15:00	18:00	15:00	18:00	15:00	18:00			15:00	18:00	15:00	18:00				
10:30	12:00			10:30	12:00			10:30	12:00						
		16:00	17:30			16:00	17:30								

自由意見 (診療の条件等) ※5	オンライン診療・電話診療	経口抗ウイルス薬の処方	診療可能人数		
			診療可能人数(1日最大)		
			平日	土曜	日祝
呼吸困難なしのみ	オンライン診療実施	ラゲブリオを処方	20	10	5
重症者×	実施していない	処方していない	5	0	0

インフル検査	新型コロナ検査			
検査能力 (1日最大) ※11	検査能力(1日最大)			
	自施設内			外部委託
	PCR (LAMP法含む)	抗原定量 検査	抗原定性検査 (検査キット)	
30	56	24	30	30

<記入上の留意点>

- ※1「医療機関名」：正式名称を記入してください（例：〇〇法人〇〇病院）。
- ※2「保険医療機関番号」：半角10桁で記入してください（ハイフン等の記号なし）。
- ※3「実施内容」：「陽性後の外來診療」・「陽性後の往診」欄について、自院で陽性診断した患者に対し実施することが可能な場合は「○」を、実施が困難な場合は「×」を記載してください。
- ※4「曜日ごとの対応時間」：発熱患者等の診療又は検査を実施する時間帯を、各曜日ごとに記入してください。
- ※5「自由意見（診療の条件等）」：診療の条件等がある場合は記入してください。