年　　　月　　　日

別紙１

（あて先）

　　滋賀県健康医療福祉部健康危機管理課長　　あて

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者名 （法人は名称及び代表者氏名） |  |
| 担当者名 |  |
| 連絡先 |  |

　　　　　　「外来対応医療機関」の指定内容の変更等について

　このことについて、下記のとおり変更をお願いいたします。

記

１. 変更内容（いずれかに〇）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 発熱患者等の外来診療を行わないこととする（指定解除）。 |
|  | 自院で検査を行わない（他院を紹介する）こととする。 |
|  | 自院で検査を行わない⇒自院で検査を行うこととする。  （２．に記入願います。） |
|  | 実施可能な検査方法の追加または削除  （２.に変更後の内容を記入願います。） |
|  | 外来対応可能曜日・時間数の変更  （３.に変更後の内容を記入願います。） |
|  | 診療・検査実施対象者の変更  （４.に変更後の内容を記入願います。） |
|  | その他の指定内容の変更  （５．に変更前後の内容を記入願います。） |
|  | 滋賀県ホームページでの公表開始または公表内容の変更  　　　　　　　　（６.に内容を記入願います。） |

２. 実施可能な検査方法の追加または削除

（追加する場合は〇、削除の場合は×を記載ください。）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 鼻咽頭拭い液 |
|  | 唾液 |
|  | 鼻腔拭い液 |

3. 変更後の外来対応可能曜日・時間数

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 午前 |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後 |  |  |  |  |  |  |  |
| 夜 |  |  |  |  |  |  |  |

４. 診療・検査実施対象者の追加または削除

（追加する場合は〇、削除の場合は×を記載ください。）

|  |  |
| --- | --- |
|  | かかりつけ患者 |
|  | かかりつけ患者以外の患者（初診患者等） |
|  | 他院等からの紹介患者 |
|  | 小児 |

※令和３年10月25日以降、受診・相談センターに相談が寄せられた際、滋賀県HPにおいて外来対応医療機関としての公表の有無に関わらず、相談者の所在地から近い外来対応医療機関（診療所）を複数紹介する場合がございます。その際、相談者が直接、外来対応医療機関に問い合わせていただくこととなっています。

５．その他の指定内容の変更

|  |  |
| --- | --- |
| 変更項目 | 変更後 |
| □医療機関名 □代表者名  □電話番号　　 　 □ＦＡＸ番号  □その他（　　　　 ） |  |

※所在地の変更（表記のみの変更を除く）など、医療機関番号が変更となる場合は、元の医療機関の指定を解除し、新規指定の手続きをお願いします。

６．滋賀県ホームページでの公表開始または公表内容の変更

　（１）公表（変更）希望日時

|  |  |
| --- | --- |
|  | 直ちに |
|  | 特定の日時から（　　　　　　月　　　　　　日から） |

（2）公表事項

※必須

※必須

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 | ※必須 | |
| 電話番号 |  | |
| 住所 | ※必須 | |
| 受付時間  　　　※ | 月 |  |
| 火 |  |
| 水 |  |
| 木 |  |
| 金 |  |
| 土 |  |
| 日 |  |
| □ | 受付時間に関する詳細（例：祝日は休診・第4土曜日は休診等）  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 注意事項 | 【受診に関すること】  □受診前に必ず電話で問い合わせてください。  □指定する時間・方法で受診していただきます。  □かかりつけ患者を中心に診察しているのでお断りする場合があります。 | |
| 【検査に関すること】  □検査を行うかどうかは医師が判断します。  □陰性証明を目的とした検査は行っていません。  □検査を行っていませんが、検査が必要な場合は他の医療機関を紹介します。  □検査結果がでるまで数日程度かかる場合があります。  □検査は来院いただいた車内で行います。 | |
| 【その他】  □<休日急病診療所のみ>休日急病診療所は、臨時的に応急処置を行うところですので検査は行っていません。  □<病床200床以上の病院のみ>初診時選定療養費がかかる場合があります。  □（　　　　　）歳未満は診察できません。  □経口抗ウイルス薬の処方を行っています。  □<その他>（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

※受付時間は9:00～12:00のように、受付を開始する時間から受付を終了する時間までを

ご記入ください。

・その他欄の<その他>の項目について掲載前に内容を調整させていただく場合があります。

・その他欄の<休日急病診療所>・<病床200床以上の病院>は該当しない場合は選択不可。

以下のURLにて公表しています。

　診療報酬の算定にあたっては、ホームページに公表されていることをご確認ください。

　滋賀県ホームページ：「発熱などの症状がある場合の相談・受診について」

https://www.pref.shiga.lg.jp/ippan/kenkouiryouhukushi/iryo/314835.html