

締切り 4/20(月)

提出先：FAX 22-1469 小樽市保健所保健総務課庶務医薬グループ 担当 三浦

電話・情報通信機器等による診療を行う医療機関情報シート

(送信元) 医療機関名

--

担当部署名

--

担当者氏名

--

貴院のウェブサイト URL

(なければ記載不要)

初診の電話等を用いた診療の実施の有無

有

・

無

(どちらかに○を付けてください)

再診の電話等を用いた診療の実施の有無

有

・

無

(どちらかに○を付けてください)

対応診療科と担当医師名 (書ききれない場合は別紙としてください。)

対応診療科	例) 内科			
担当医師名	例) 小樽太郎			

対応診療科				
担当医師名				

⑥ 対面診療が必要と判断した場合に連携する医療機関名 (複数記載可)

※締切り日以降に電話等を用いた診療を開始した場合は開始した月の翌月5日までにこのシートを御提出願います。