

締切り 5/7(木) (締切り以降も随時受付いたします。)

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	<input type="text"/>
<input type="text"/>	担当者氏名	<input type="text"/>

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) 歯科			
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 (あれば記載・複数記載可)

\_\_\_\_\_