

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)							