

様式1 外来対応医療機関 指定状況報告<sup>※1</sup>

報告内容 <sup>※2</sup>	都道府県	指定日 <sup>※3</sup>	解除日 <sup>※4</sup>	医療機関名	郵便番号	住所	電話番号	保険医療機関番号 <sup>※5</sup>	担当部署	担当者氏名	担当部署 電話番号	担当部署 メールアドレス	報告主体 <sup>※6</sup>	とりまとめ 団体名 <sup>※6</sup>	対象者		備考
															かかりつけ患者以外 への対応 <sup>※7</sup>	小児への対応 <sup>※8</sup>	
変更	〇〇県	2024/5/1		〇〇診療所	・・・	・・・	・・・	・・・	・・・	・・・	・・・	・・・	1 自院		○		
	〇〇県			〇〇病院	・・・	・・・	・・・	・・・	・・・	・・・	・・・	・・・	1 自院		○	○	
変更	〇〇県	2023/11/1		〇〇診療所	・・・	・・・	・・・	・・・	・・・	・・・	・・・	・・・	1 自院		○		
	〇〇県	2023/11/1		〇〇クリニック	・・・	・・・	・・・	・・・	・・・	・・・	・・・	・・・	2 団体とりまとめ	△△都市医師会	○	○	
新規	〇〇県			〇〇診療所	・・・	・・・	・・・	・・・	・・・	・・・	・・・	・・・	1 自院		○	○	
新規	〇〇県	2024/5/8		〇〇医院	・・・	・・・	・・・	・・・	・・・	・・・	・・・	・・・	1 自院		○	○	

記入上の留意点

- ※1 既に診療・検査医療機関として指定状況を報告をしている場合であっても、改めて本様式にて報告してください。
- ※2 G-MIS ID付与の対象であり、本様式に新たに追加した医療機関は「新規」を、報告内容に変更が生じた場合（例：指定日・解除日の追記、各項目の内容の修正等）には「変更」を選択し、変更が生じた部分を赤文字で記入してください。
- ※3 「指定日」：外来対応医療機関として指定した日を西暦年月日（YYYY/MM/DD）で記入してください。
- ※4 「解除日」：外来対応医療機関としての指定を解除した場合、解除日を西暦年月日（YYYY/MM/DD）で記入してください。
- ※5 「保険医療機関番号」：半角数字のみで記入してください（ハイフン等の記号なし）。
- ※6 「報告主体」「とりまとめ団体名」：G-MISによる実績等の調査報告を行う際に自ら報告する場合は「1 自院」を選択してください。  
また所属団体等を通じて報告する場合は「2 団体とりまとめ」を選択し、具体的な団体名を記入してください。
- ※7 「かかりつけ患者以外への対応」：かかりつけ患者（普段から自院にかかっている患者）以外への対応を実施しているものは、○を選択してください。
- ※8 「小児への対応」：小児への対応を実施しているものは、○を選択してください。