

(別紙2)

札幌市保健所記入欄	
ファイル番号	

## 自己検査陽性者の診療にかかる申請書

### 1. 基本情報

医療機関の名称	
郵便番号	
医療機関の住所	区
医療機関の電話番号 (市ホームページへの掲載用)	
担当者の所属・氏名	
担当者様の電話番号	
担当者のメールアドレス	
HP掲載用メールアドレス (希望がある場合のみ記載)	
主な診療科目	
医療機関コード(7桁)	

※ 御担当が複数名いる場合、全員の情報(担当者氏名、メールアドレス、連絡先)を御記入ください。

### 2. 協力の可否

自己検査陽性者の確定診断にかかる診療体制(別紙1参照)に御協力いただける場合、以下の回答欄すべてに○をつけてください。

回答項目(該当するものいずれかに○をつけてください)	回答欄
医療用抗原定性検査キットを用いた自己検査および民間PCR検査センター等において「陽性(高リスク等の類語を含む)」と判定された患者の診療に協力可	
上記の対応を行うことについて、札幌市ホームページへの公表可 (今回の募集については公表が前提となります)	

### 3. 診療方法

自己検査陽性者の確定診断にかかる診療体制(別紙1参照)に御協力いただける場合、以下の回答欄すべてに○をつけてください。

回答項目(該当するものいずれかに○をつけてください)	回答欄
電話診療による対応	
オンライン診療による対応	
対面診療による対応	

医療機関名：

#### 4. 診療等の体制

##### ① 対応可能な患者の条件（該当するものに○をつけてください。）

成人のみ	小児のみ	成人・小児どちらも可

その他 ※ 対応可能な患者の条件等があれば記載してください。

##### ② 一日当たりの対応可能患者数

回答欄（人）

1日あたりの診療可能患者数（目安）

##### ③ 対応可能時間帯（受診予約等が可能な時間帯）

	月			火			水		
	開始	～	終了	開始	～	終了	開始	～	終了
午前	:	～	:	:	～	:	:	～	:
午後	:	～	:	:	～	:	:	～	:

	木			金			土		
	開始	～	終了	開始	～	終了	開始	～	終了
午前	:	～	:	:	～	:	:	～	:
午後	:	～	:	:	～	:	:	～	:

	日		
	開始	～	終了
午前	:	～	:
午後	:	～	:

その他 対応時間帯についての特記事項

##### ④（対面診療以外の場合）支払い方法 ※該当項目すべてに○をつけてください

クレジット決済	銀行振込	後日清算	その他（自由記載）

##### ⑤ その他の事項 ※公表時に備考等で掲載の必要な事項があれば記載ください。

【提出先】 E-mail: kansen\_iryoteikyotaisei@city.sapporo.jp FAX : 622-5168