令和○年○月○日

（様式第１号）

　神奈川県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○○○（医療機関名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○○○（代表者職名・氏名）

発熱診療等医療機関指定申請書

　当院では、発熱診療等医療機関の指定に関する要綱（以下「指定要綱」という。）第２条に規定する施設要件及び機能要件をいずれも満たしており、発熱診療等医療機関の指定を受けたいので申請します。なお、申請に当たっては、指定要綱の各規定を誠実に実施することを誓約します。

１　医療機関情報

（※指定書の送付先が所在地と異なる場合は、指定書の送付先を記載すること）

　【所在地】　　　　郵便番号　○○○-○○○○

　　　　　　　　　　住　　所　○○○○

　【指定書送付先】　郵便番号　○○○-○○○○

　　　　　　　　　　住　　所　○○○○

　【標榜科名】　○○科

　【対象患者】　（　）成人　（　）小児　（　）成人・小児

２　実施内容

（１）実施内容【該当する番号の（　）内に○を付してください）】

　　①（　）発熱患者の診療　【３へ】

　　②（　）発熱患者の診療及び検査　【（２）及び（３）も記すこと】

（２）検査内容【すべての該当する番号の（　）内に○を付してください】

　　①（　）ＰＣＲ等検査（LAMP法・スマートアンプ法を含む）（COVID-19）

　　②（　）抗原定量検査（COVID-19）

　　③（　）抗原定性検査（COVID-19）

　　④（　）抗原定性検査（インフルエンザ）

　　　※検査を外注する場合も含む。

（３）検体採取可能件数／日【検体採取可能な想定件数を記載してください】

　　　（　　）検体／日

（裏面に続く）

３　対象患者【すべての該当する番号の（　）内に○を付してください】

　①（　）自院のかかりつけ患者または自院に相談のあった患者

　②（　）受診・相談センターまたは他の医療機関から紹介を受けた患者

　③（　）濃厚接触者

４　発熱患者等に対する診療・検査対応時間

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 曜日 | 午前 | 午後 | 合計時間 |
| (　)月 | (　　)時～(　　)時　【(　)人】 | (　　)時～(　　)時　【(　)人】 | （　 ）時間 |
| (　)火 | (　　)時～(　　)時　【(　)人】 | (　　)時～(　　)時　【(　)人】 | （　 ）時間 |
| (　)水 | (　　)時～(　　)時　【(　)人】 | (　　)時～(　　)時　【(　)人】 | （　 ）時間 |
| (　)木 | (　　)時～(　　)時　【(　)人】 | (　　)時～(　　)時　【(　)人】 | （　 ）時間 |
| (　)金 | (　　)時～(　　)時　【(　)人】 | (　　)時～(　　)時　【(　)人】 | （　 ）時間 |
| (　)土 | (　　)時～(　　)時　【(　)人】 | (　　)時～(　　)時　【(　)人】 | （　 ）時間 |
| (　)日 | (　　)時～(　　)時　【(　)人】 | (　　)時～(　　)時　【(　)人】 | （　 ）時間 |

　【①診療・検査を行う予定の曜日の（　）に○を付し、②各曜日の午前・午後の診療・検査対応予定時間、③午前・午後の診療・検査対応時間における診療・検査可能患者数、④各曜日の診療・検査対応の合計時間をそれぞれ記載してください。】

　※曜日別診療・検査対象時間は、指定を受けた後に県に届け出を行うことによって変更が可能です。

５　発熱患者へのオンライン診療の実施の有無

　（　）実施する予定　　　（　）実施しない予定

　　※発熱患者への診療としてオンライン診療のみを行う場合は、国庫補助金の対象にはなりません。

６　県ホームページ等での公表の可否【（　）内に○を付してください】

　（　）可能　　（　）不可

７　担当者等の問合せ先

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署名・担当者名 |  |
| 電話番号（担当者） |  |
| 電話番号（診療窓口） |  |
| 電子メールアドレス |  |

　　※電子メールアドレスについては、可能な限り記載してください（今後、県からの連絡を迅速に行うため）。