# 電話や情報通信機器を用いて診療を実施する医療機関の調査票

別添2

| | 基本情報 | | | | | 事務連絡に基づく対応について | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 施設名 | 郵便番号 | 住所（都道府県から記載） | 電話番号 | ウェブサイトURL | 初診の電話等を用いた診療の実施の有無 | 再診の電話等を用いた診療の実施の有無 | 対応診療科 | 担当医師名 | 対面診療が必要と判断した場合に連携する医療機関名（複数ある場合は複数、住所も併せて記載） |
| 例 | ○○医院 | 000-0000 | 東京都千代田区・・・ | 080-0000-0000 | http://www… | ○ | ○ | 内科<br>小児科 | ○○　○○<br>○○　○○ | ○○病院（東京都○○区・・・）<br>○○病院（埼玉県○○市・・・） |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |