

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

別紙1-2

	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	〇〇医院	000-0000	東京都千代田区・・・	080-0000-0000	<a href="http://www...">http://www...</a>	○	○	内科 小児科	〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	〇〇病院（東京都〇〇区・・・） 〇〇病院（埼玉県〇〇市・・・）

【県への提出期限：4月23日（木）】

<提出先> 青森県健康福祉部医療薬務課医務指導G 下山  
 FAX: 017-734-8089  
 Eメール: hiroki\_shimoyama@pref.aomori.lg.jp

※本件の問合せ先: 017-734-9291