

発熱者等診療・指定医療機関指定・変更・解除報告書

医療機関名	
開設者	
所在地	〒 - 函館市
電話番号	
保険医療機関番号	
担当者役職・氏名・電話番号	
担当者メールアドレス	
開始日・変更日・解除日(※)	

※ 新規の指定を希望する場合は開始する日を, 指定内容の変更を希望する場合は変更する日を, 指定の解除を希望する場合は, 解除を希望する日を記入してください。

1 報告内容

希望するものに「○」を御記載ください。

※ 指定の解除を希望する場合は, 項目2以降の記載は不要です。

- ① 新規の指定
- ② 指定内容の変更
- ③ 指定の解除 (解除を希望する理由を下欄に御記載ください。)

解除希望の理由

2 発熱患者の診療対象者

- ① 全来院患者を対象
- ② かかりつけ患者のみを対象

次ページあります。

3 検査方法

- ① 自院で鼻咽頭ぬぐい液を採取し検査をする。
※検査する場合には感染防護物品（ガウン・フェイスシールド・手袋・マスク等）が必要となります。
※新型コロナウイルス感染症等情報把握・管理システム（HER-SYS）の入力が必要となります。
- ② 自院で唾液を採取し検査機関（PCRセンター等）へ送る。
※検査する場合には感染防護物品（手袋・マスク等）が必要となります。
※新型コロナウイルス感染症等情報把握・管理システム（HER-SYS）の入力は不要です。
- ③ 自院での検体採取は行わずPCRセンターへ依頼する。（診療のみ行う）

4 発熱者等診療にあたっての制限事項（該当する事項すべて御記載ください）

- ① 事前予約
- ② 時間帯や曜日を設定（発熱者等診療時間を下欄に御記載ください。）

区分	月	火	水	木	金	土	日
午前	：	：	：	：	：	：	：
	～	～	～	～	～	～	～
午後	：	：	：	：	：	：	：
	～	～	～	～	～	～	～

- ③ その他（具体的内容を下欄に御記載ください。）

[]

5 インターネット等での公表について

- ① 可 ② 不可

提出は hc-yoboh-kansen@city.hakodate.hokkaido.jp

または FAX0138-32-1526（担当：大坂）までに指定，変更，解除を希望する日の1週間前までをお願いいたします。