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					担当者 ※熊本県連絡用	
	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） （基本情報記載の施設で対応する場合は当該施設名、住所も併せて記載）	所属	氏名
例	○○医院	000-0000	熊本県熊本市・・・	080-0000-0000	http://www…	○	○	内科 小児科	○○　○○ ○○　○○	○○病院（熊本県熊本市・・・） ○○病院（熊本県宇土市・・・）	事務部	○○　○○