医療機関における電話や情報通信機器を用いた診療等の実施状況調査票

別添1
（別紙２－２）

	基本情報													
	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				
		対応した医師		初診からの電話等による診療等の実施について （以下のいずれか該当するものに〇を記入してください。）			患者情報			診療の内容				
	日付	診療科	医師名	過去の診療録等により基礎疾患の情報を確認できた患者に対して診療を行った。	過去の診療録等により基礎疾患の情報を確認できない患者に対して診療を行った。	電話等により診断や処方を行うことが困難と判断し、対面での診療を促す又は他の診療可能な医療機関を紹介するといった対応を行った。（受診勧奨）	年齢	性別	住所地 （都道府県）	診断名（診断がつかない場合は症状名）	指示の内容（対面診療を指示した場合はその旨）	処方した薬剤（処方日数）	（保険診療の場合）診療料	再診の予約日（〇日後）