

新旧対照表

【様式1】

新	旧
※【検査内容】欄 <input type="checkbox"/> PCR 検査（唾液） <input type="checkbox"/> PCR 検査（喀痰、鼻咽頭拭い液等の唾液以外の検体） <input type="checkbox"/> 抗原検査（定性検査） <input type="checkbox"/> 抗原検査（定量検査）	<input type="checkbox"/> PCR 検査（唾液） <input type="checkbox"/> PCR 検査（喀痰、鼻咽頭拭い液等の唾液以外の検体） <input type="checkbox"/> 抗原検査

「帰国者・接触者外来と同様の機能を有する医療機関」としての認定申請書

令和 年 月 日

奈良県医療政策局長 殿

開設者 住所 (法人の場合は、主たる事務所の所在地)

氏名 (法人の場合は、法人名)

印

「帰国者・接触者外来と同様の機能を有する医療機関」としての認定を受けたいので、発熱外来認定医療機関の認定等に関する要綱第4条の規定により下記のとおり申請します。

記

医療機関の名称		
開設の場所		
医療機関連絡先	(TEL)	
	(FAX)	
	(MAIL)	
管理者氏名		
診察及び 検査の内容	【診察方式】(下記該当するもの全てに☑)	【検査内容】(下記該当するもの全てに☑)
	<input type="checkbox"/> 医療機関の屋内 <input type="checkbox"/> 医療機関の屋外 <input type="checkbox"/> 在宅(居宅) <input type="checkbox"/> 介護保険施設や社会福祉施設等の施設	<input type="checkbox"/> PCR検査(唾液) <input type="checkbox"/> PCR検査(喀痰、鼻咽頭拭い液等の唾液以外の検体) <input type="checkbox"/> 抗原検査(定性検査) <input type="checkbox"/> 抗原検査(定量検査)
受診にあたっての留意事項 (自由記載)	(記載例)「受診にあたっては、電話予約が必要」 「在宅や往診での検査専門のため、一般の外来患者への検査は不可」など	
SpO ₂ の測定可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
検査委託(予定)の民間検査機関の名称		