様式１号（特例的に医師が常駐しないオンライン診療所）

　　年　　月　　日

（あて先）○○保健所長

医療機関名

（巡回診療の場合は、オンライン診療を実

施する医療機関名）

オンライン診療の実施が必要と考える理由書

　標記の件について、下記のとおり提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| Ⅰ．オンライン診療で行う診療内容 | |
| 対象患者 | 該当番号を〇で囲んでください。  １　オンライン診療を実施する医療機関に通院中の患者のみ  ２　オンライン診療を実施する医療機関に通院中の患者以外も含む  ３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 月平均患者数 | ※オンライン診療を実施する予定の患者のみ記載してください。 |
| 主な疾病名 |  |
| 主な治療内容 |  |
| 対面診療の頻度やタイミング等 |  |
| Ⅱ．患者の急変時の対応について事前に合意した対面で対応可能な医療機関 | |
| 名　　　称 | ※オンライン診療を実施する医療機関が急変時に自ら対面で対応を行う場合は当該医療機関名を記載してください。 |
| 所　在　地 | （〒　　　－　　　　） |
| Ⅱ．オンライン診療を実施する必要があるとする理由について、自由に記載してください。  　 特に、オンライン診療を実施しなければ、住民の受診機会が不十分であると考えられる理由については、詳細に記載してください。 | |
|  | |