令和　　年　　月　　日

　福島県知事

　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　代表者職名・氏名

診療・検査医療機関の報告事項変更届出書

　当院では、令和　　年　　月　　日付け　健第　　　　号により、診療・検査医療機関の指定を受けましたが、報告した事項について下記のとおり変更したいので、届け出ます。

記

１　報告事項の変更内容

（変更前）〇診療・検査対象となる患者

□自院のかかりつけ患者　　□新患（□県HPからの問合せ患者）

□他の医療機関からの紹介　□受診・相談センターからの紹介

□保健所からの紹介（濃厚接触者等）

□小児患者

　　　　　　〇その他の変更点

（変更後）

〇診療・検査対象となる患者

□自院のかかりつけ患者　　□新患（□県HPからの問合せ患者）

□他の医療機関からの紹介　□受診・相談センターからの紹介

□保健所からの紹介（濃厚接触者等）

□小児患者

　　　　　　〇その他の変更

２　報告事項を変更する期日

　　令和　　　年　　　月　　日より変更

　　　　　担当部署　　　　　　担当者名

　　　　　電話番号

　　　　　電子メールアドレス

令和〇年〇月〇日

【記載例】

　福島県知事

　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　〇〇〇病院

　　　　　　　　　　　　　　代表者職名・氏名　　院長　　〇〇〇〇

診療・検査医療機関の報告事項変更届出書

　当院では、令和〇年〇月〇日付け〇健第〇〇〇〇号により、診療・検査医療機関の指定を受けましたが、報告した事項について下記のとおり変更したいので、届け出ます。

記

１　報告事項の変更内容

（変更前）〇診療・検査対象となる患者

☑ 自院のかかりつけ患者　□新患（□県HPからの問合せ患者）

* 他の医療機関からの紹介□受診・相談センターからの紹介
* 保健所からの紹介（濃厚接触者等）
* 小児患者

　　　　　　〇その他の変更点

 ・診療対応時間の変更　　月・火・水・金（14：00～15：00）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※対応時間の公表不可

　　　　　　　・検査内容の変更　　　　抗原定性検査

（変更後）

〇診療・検査対象となる患者

☑ 自院のかかりつけ患者　☑新患（☑県HPからの問合せ患者）

* 他の医療機関からの紹介☑受診・相談センターからの紹介
* 保健所からの紹介（濃厚接触者等）

☑ 小児患者

　　　　　　〇その他の変更

・診療対応時間の変更　　月・火・水・金（15：00～16：00）

　　　　　　　　　　　　※対応時間の公表可

　　　　　　　・検査内容の変更　　　　PCR検査（鼻咽頭）抗原定性検査

２　報告事項を変更する期日

　　令和　　　年　　　月　　日より変更

　　　　　担当部署　〇〇〇　担当者名　〇〇〇〇

　　　　　電話番号　xxx-xxx-xxxx