



# 埼玉県 電子申請・届出サービス

インターネット試験環境

## 様式管理

プレビュー「埼玉県指定診療・検査医療機関」(診療のみ)指定申請手続

### 「埼玉県指定診療・検査医療機関」(診療のみ)指定申請手続

※印があるものは必須です。

▲印は選択肢の結果によって入力条件が変わります。

#### ■ 1 指定を希望する医療機関の開設者

開設者※	開設者が個人の場合は氏名欄に個人の氏名を、法人の場合は法人名欄に法人名及び法人代表者の職・氏名を入力してください。 <input type="radio"/> 氏: <input type="text"/> 名: <input type="text"/> <input type="radio"/> 法人名: <input type="text"/>
開設者の住所(郵便番号)※	住所検索は事業所の個別郵便番号には対応していません。 入力例)330-0000は3300000と入力 <input type="text"/> <input type="button" value="住所検索"/>
開設者の住所(住所)※	<input type="text"/>

#### ■ 2 施設概要

医療機関コード(7桁)※	7桁(111を含めると10桁)の医療機関コードを入力してください。 111 <input type="text"/>
医療機関名(フリガナ)※	公開項目です。 <input type="text"/>
医療機関名※	公開項目です。 <input type="text"/>
所在地(郵便番号)※	住所地を含め公開項目です。 住所検索は事業所の個別郵便番号には対応していません。 入力例)330-0000は3300000と入力 <input type="text"/> <input type="button" value="住所検索"/>
所在地(住所)※	<input type="text"/>
電話番号※	公開項目です。 入力例)012-345-6789は0123456789と入力 <input type="text"/>
公開可能な医療機関ホームページURL	公開項目です。 必ず、正しいURLか検索ページ等で確認してください。 <input type="text"/>
担当部署	担当部署等が無い場合は入力しないでください。 <input type="text"/>
担当者氏名※	氏: <input type="text"/> 名: <input type="text"/>

連絡先電話番号※ <input type="text"/>	日中に連絡ができる電話番号を入力してください。 ハイフンは不要です。 入力例)012-345-6789は0123456789と入力 <input type="text"/>
連絡先メールアドレス※ <input type="text"/>	連絡先メールアドレスを入力してください。 <input type="text"/>
診療場所(択一)※ <input type="text"/> 選択解除	<input type="radio"/> 診療施設内 <input type="radio"/> プレハブやテント
G-MIS登録の有無(択一)※ <input type="text"/> 選択解除	G-MISとは、政府が全国の医療機関の状況を一元把握するシステムのことです。 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無

### ■ 3新型コロナウイルス感染症に係る診療体制

診療対象患者(択一)※ <input type="text"/> 選択解除	<b>公開項目です。</b> <input type="radio"/> (1)自院のかかりつけ患者や自院に相談のあった患者等のみ受け入れる <input type="radio"/> (2)(1)に加え、他の医療機関や受診・相談センターから案内を受けた患者等、誰でも受け入れる
小児への対応の有無(択一)※ <input type="text"/> 選択解除	<b>公開項目です。</b> <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
受診するにあたっての予約の要否(複数選択可)※ <input type="text"/>	<b>公開項目です。</b> <input type="checkbox"/> 電話予約必要(入力欄に電話番号を入力(ハイフンは不要です。)してください。) <input type="checkbox"/> Web予約必要(入力欄にURLを入力してください。) <input type="checkbox"/> 予約不要

### ■ 1週間単位の診療対応時間及び対応可能人数

#### 公開項目です。

診療可能な曜日にチェックを入れ、チェックした曜日の自由入力欄には必ず、対応可能人数(半角数字)を入力してください。また、対応時間を下記の例にならって入力してください。

入力例(赤字部分):9時00分から12時30分,14時00分から16時30分 の場合

→0900-1230,1400-1630※全て半角入力

月曜日の対応人数(人)	<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="text"/>
月曜日の対応時間▲	<input type="text"/>
火曜日の対応人数(人)	<input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="text"/>
火曜日の対応時間▲	<input type="text"/>
水曜日の対応人数(人)	<input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="text"/>
水曜日の対応時間▲	<input type="text"/>
木曜日の対応人数(人)	

	<input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="text"/>
木曜日の対応時間▲	<input type="text"/>
金曜日の対応人数(人)	<input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="text"/>
金曜日の対応時間▲	<input type="text"/>
土曜日の対応人数(人)	<input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="text"/>
土曜日の対応時間▲	<input type="text"/>
日曜日の対応人数(人)	<input type="checkbox"/> 日曜日 <input type="text"/>
日曜日の対応時間▲	<input type="text"/>
祝日の対応人数(人)	<input type="checkbox"/> 祝日 <input type="text"/>
祝日の対応時間▲	<input type="text"/>

備考	<p><b>公開項目です。</b>          その他、受診希望者宛での連絡事項等ございましたら、こちらに入力してください。  <b>&lt;記載例&gt;</b>          ・受診する際に予約までは求めているが、来院する前に必ず電話で病状等を連絡すること。          ・小児にのみ対応し、原則として大人は対応しません。</p>
	<div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: -10px; right: -10px;">▲</div> <div style="position: absolute; bottom: -10px; right: -10px;">▼</div> </div> <p>入力文字数: 0 / 2000</p>

## ■ 4同意事項

また、指定申請を行うにあたり、下記の適切な感染対策等を実施しているかの確認項目に同意の上、チェックをお願いします。

## 同意事項※

- (1) 疑い例患者が新型コロナウイルス感染症以外の疾患の患者と接触しないよう、可能な限り動線を分けています(少なくとも診察室は分けています。)
- (2) 医療従事者への適切かつ十分な感染対策を講じています。
- (3) 検査(検体採取)を発熱外来PCRセンター等に依頼する等、検査を行う医療機関等との適切な連携体制を確保しています。

閉じる

## 【操作に関するお問合せ先 (コールセンター)】

固定電話コールセンター

TEL : 0120-464-119

(平日 9:00~17:00 年末年始除く)

携帯電話コールセンター

TEL : 0570-041-001 (有料) 90円/3分

(平日 9:00~17:00 年末年始除く)

FAX : 06-6455-3268

電子メール: help-shinsei-saitama@s-kantan.com

## 【各手続き等の内容に関するお問い合わせ先】

直接各手続きの担当課にお問い合わせください。