電話や情報通信機器を用いて診療を実施する医療機関の調査票　**提出先：滋賀県医療政策課 医療整備係（FAX：０７７−５２８−４８５９）**　別紙 1

	基本情報					事務連絡に基づく対応について				
	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	初診の電話等を用いた診療の実施の有無	再診の電話等を用いた診療の実施の有無	対応診療科	担当医師名	対面診療が必要と判断した場合に連携する医療機関名（複数ある場合は複数、住所も併せて記載）
例	○○医院	000-0000	滋賀県大津市・・・	077 -0000 -0000	http://www…	○	○	内科 小児科	○○　○○ ○○　○○	○○診療所（滋賀県大津市・・・） ○○病院（滋賀県大津市・・・）