**新型コロナウイルス感染症を疑う患者受入れのための**

**救急・周産期・小児医療体制確保事業　意向調査票**

* 必ず**先に別紙１「事業概要」をお読みいただき**、以下の設問にご回答ください。
* 意向調査の段階であるため、実施内容、見込額等は未確定のものでも構いません。

（実施内容または見込額の記載が困難である場合は、「検討中」等ご記入ください。）

**１．「新型コロナウイルス感染症を疑う患者を診療する医療機関」リストへの登録**

□　登録する意思がある

□　登録する意思はない　　→調査は以上で終了となります

**２．疑い患者に提供する医療の内容　※該当するもの全てにチェックしてください。**

①　救急医療分野　　→　□　外来のみ　／　□　入院も可

②　周産期医療分野　→　□　外来のみ　／　□　入院も可

③　小児医療分野　　→　□　外来のみ　／　□　入院も可

**３．事業概要４（ア）「設備整備等事業」について**

□　実施を希望する

　　（実施内容：　 　　）

　　（必要見込額： 　　）

□　実施を希望しない

**４．事業概要４（イ）「支援金支給事業」について**

□　実施を希望する

　　（実施内容：　 　　）

　　（必要見込額： 　　）

□　実施を希望しない

**５．その他、標記事業に関する質問事項等（自由記載）　※回答は、国に内容確認後、別途行います。**

|  |  |
| --- | --- |
| 【医療機関名】 | 【担当者職・氏名】 |
| 【連絡先】TEL：　　　　　　　　　　　　　　　MAIL： |

**５．記入者情報**

ご協力ありがとうございました。