**「地域医療への協力に関する意向」について（意向書）**

令和　　年　　月　　日

大阪府知事　　様

|  |
| --- |
| １　標榜する診療科目を下記に記載ください。 |
| 診療科目： |
| ２　診療所開設後の地域医療へのご協力について（選択肢のいずれかに「○」を記載ください。） |
| 1. 在宅医療（訪問診療・往診等）に関して協力の意向はありますか。

（　）条件が合えば協力しても良い　（　）現在、協力する意向はない　（　）該当する診療科ではないと思う1. 市町村設置等の休日・夜間急病診療所への出務について協力の意向はありますか。

（　）条件が合えば協力しても良い　（　）現在、協力する意向はない　（　）該当する診療科ではないと思う　　1. 公衆衛生等への協力について実施される意向はありますか。

【産業医】（　）条件が合えば協力しても良い　（　）現在、協力する意向はない　（　）該当する診療科ではないと思う　　　【学校医】（　）条件が合えば協力しても良い　（　）現在、協力する意向はない　（　）該当する診療科ではないと思う【予防接種】（　）条件が合えば協力しても良い　（　）現在、協力する意向はない　（　）該当する診療科ではないと思う1. その他、上記以外に地域医療へのご協力の意向はありますか（例：特定健診など）。

（　）条件が合えば協力しても良い　〔詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕（　）現在、協力する意向はない　（　）該当する診療科ではないと思う |
| ３　①～④の全てに「現在、協力する意向はない」を選択された場合、その理由について記載ください。 |
| 理由： |
| ４　地域医療へのご協力の意向がある場合、該当の関係機関から連絡してもよろしいですか。 |
| （　）はい　　　　（　）いいえ |

診療所開設後の地域医療への協力にかかる事項について、下記のとおり報告いたします。

医療機関名

所在地

連絡先　　　Tel　　　　　　　　　　 　　　　Fax

E-mail