

「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

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。

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 ② 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 ③ 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 ④ 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

医療機関名 _____

所在地 _____

連絡先 Tel _____ Fax _____

E-mail _____