

新型コロナウイルス感染症罹患後症状(いわゆる後遺症)の診療を行う医療機関の登録様式

○ 連絡先の記入

項目	記入欄(非公表)	記入例
医療機関名		〇〇クリニック
住 所		〇〇市〇町〇丁目〇-〇
御担当者名		総務担当 〇〇 〇〇
連絡先(電話)		可能(〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)
連絡先(メール)		〇〇〇@〇〇.〇〇.〇〇

○ 公表項目の記入

公表項目	記入欄(公表内容)	記入例	備 考
医療機関名		〇〇クリニック	必ずご記入が必要です。
住 所		〇〇市〇町〇丁目〇	
WEB予約		対応していない	予約不要の場合、その旨をご記入下さい。
電話予約		要電話予約(〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)	
診療日時		日・月:休診日 火～金:9:00～17:00 土:9:00～12:00	
対応診療科			主な罹患後症状は、以下のとおりです。1つ以上に○を付けてください。
内科		○	動悸・息切れ、頭痛、発熱など
呼吸器内科分野		—	咳、呼吸困難、息切れ、胸痛など
耳鼻咽喉科分野		—	味覚障害、嗅覚障害、めまいなど
神経内科分野		—	頭痛、倦怠感、集中力の低下など
精神科分野		—	気力の低下、不安感など
皮膚科分野		—	脱毛など
その他(小児科など)		—	動悸・息切れ、頭痛、発熱など
備 考		必ず電話予約のうえお越し願います。 予約時にコロナ罹患時期、罹患後症状などの聞き取りを行います。 診療開始は、9月1日以降を予定しています。	受診するにあたり注意事項等がありましたら、ご記入願います。

※お手数料がかかりますが、ycoroki@pref.yamagata.jp又はFAX023-625-4294へ送信願います。