

「アレルギー疾患準拠点病院の指定に係る意向等入力フォーム」記入例

申請日 必須	記入した最初の日の入力をお願いします。【例：申請日：11/1（初回記入 11/1、一時保存 11/8）】
団体・法人名 必須	医療機関名の入力をお願いします。【例：〇〇病院、△△診療所】
役職・部署名	入力者の役職名の入力をお願いします。
お名前 必須	入力者の名前を入力をお願いします。
郵便番号 必須	
住所 必須	病院、診療所の所在地の記入をお願いします。
電話番号 必須	
内線番号	内線番号ある場合のみ記入をお願いします。
FAX	
指定要件1の(1)に関するもの	
内科、小児科、皮膚科、眼科、耳鼻いんこう科の各科において、アレルギー疾患の診療経験が豊富にあり、専門的な知識と技能を有する常勤医師数(R4.10.31現在)	
アレルギー科の常勤医師数	該当するものを選択し、該当しない場合は「非該当」を選択してください。 <input type="radio"/> 1名 <input type="radio"/> 2名 <input type="radio"/> 3名以上 <input type="radio"/> 非該当
該当する場合のみ(診療所に限る)入力をお願いします。	

指定要件 2 の(2)に関するもの	
アレルギー疾患に係る年間新規外来患者数	
内科の初診外来件数 必須	<p>【入力年度】 令和3年度の実績を入力してください 半角数字と半角マイナスで入力してください。 0以上、9999以下で入力してください。</p> <input type="text"/> 人
小児科の初診外来件数 必須	<p>【入力年度】 令和3年度の実績を入力してください 半角数字と半角マイナスで入力してください。 0以上、9999以下で入力してください。</p> <input type="text"/> 人
皮膚科の初診外来件数 必須	<p>【入力年度】 令和3年度の実績を入力してください 半角数字と半角マイナスで入力してください。 0以上、9999以下で入力してください。</p> <input type="text"/> 人
眼科の初診外来件数 必須	<p>【入力年度】 令和3年度の実績を入力してください 半角数字と半角マイナスで入力してください。 0以上、9999以下で入力してください。</p> <input type="text"/> 人
耳鼻いんこう科の初診外来件数 必須	<p>【入力年度】 令和3年度の実績を入力してください 半角数字と半角マイナスで入力してください。 0以上、9999以下で入力してください。</p> <input type="text"/> 人
アレルギー科の初診外来件数	<p>【入力年度】 令和3年度の実績を入力してください 半角数字と半角マイナスで入力してください。 0以上、9999以下で入力してください。</p> <input type="text"/> 人

該当する場合のみ(診療所に限る)入力をお願いします。

↑兵庫県 HP 実績確認より、Excel ファイルをダウンロードし、診療実績確認後、入力をお願いします。
 なお令和元年度、令和2年度実績についてはご参考までにご活用ください。
 (ご入力は令和3年度診療実績のみとなります)

指定要件 3 に関するもの	
貴医療機関でのアレルギー疾患に対応できる薬剤師、看護師、管理栄養士等の配置	
アレルギー科の常勤医師でアレルギー専門医の認定数	<p>該当するものを選択し、該当しない場合は「非該当」を選択してください。</p> <p><input type="radio"/> 1名 <input type="radio"/> 2名 <input type="radio"/> 3名以上 <input type="radio"/> 非該当</p>

該当する場合のみ(診療所に限る)入力をお願いします。

その他ご不明点ございましたら、お手数ですが当課（電話：078-362-3264）までお問い合わせ願います。