※ＦＡＸではなく、下記のメールアドレス宛にご回答いただいても構いません。（メール本文への直接記載も可）

東京都福祉保健局医療政策部医療政策課　S0000298@section.metro.tokyo.jp

アンケート回答用紙（在宅医療を行っている診療所向け）

－　このままＦＡＸ送信してください　－

ＦＡＸ送信先　東京都福祉保健局医療政策部医療政策課　地域医療構想担当　行

（ＦＡＸ番号：０３－５３８８－１４３６）

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名（所在区市町村） | 　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　） |
| 記入者ご所属／お名前 | ／ |
| 連絡先電話番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 回答する質問（Ｑ） | 回　答 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

✔

可（公表してもよい）

否（公表を希望しない）

　◆チェック 　 をお願いします◆

　医療機能実態調査における「在宅医療に取り組んでいる医療機関（調査票Ｑ41で訪問診療を実施しているとご回答

いただいた医療機関）」として、地域医療構想調整会議等で医療機関名を公表することの可否について

回答する質問の番号を記載の上、ご回答ください。