（別紙様式３）

予約に基づく診察の実施（変更）報告書

上記について報告します。

令和　　年　　月　　日

（医療機関コード：　　　　　　　　）

連絡先

担当者：

電話番号：

保険医療機関の

所在地及び名称

開　設　者　名

関東信越厚生局長　殿

（実施日・変更日　　年　　月　　日）

１　診療科　　　　　　　　　　　　　科

２　保険外併用療養費に係る予約診察を行う時間帯

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 曜　　日 | 標榜診療時間帯 | 予約診察を行う  診療時間帯 | 予約以外の診察に従事する医師又は歯科医師の数 | 予約診察に従事する医師又は歯科医師の数 | 予約料 |
| 曜日　午前  　 　　　午後 | （　　～　　）時  （　　～　　）時 | （　　～　　）時  （　　～　　）時 |  |  | 円 |
| 曜日　午前  　 　　　午後 | （　　～　　）時  （　　～　　）時 | （　　～　　）時  （　　～　　）時 |  |  | 円 |
| 曜日　午前  　 　　　午後 | （　　～　　）時  （　　～　　）時 | （　　～　　）時  （　　～　　）時 |  |  | 円 |
| 曜日　午前  　 　　　午後 | （　　～　　）時  （　　～　　）時 | （　　～　　）時  （　　～　　）時 |  |  | 円 |
| 曜日　午前  　 　　　午後 | （　　～　　）時  （　　～　　）時 | （　　～　　）時  （　　～　　）時 |  |  | 円 |
| 曜日　午前  　 　　　午後 | （　　～　　）時  （　　～　　）時 | （　　～　　）時  （　　～　　）時 |  |  | 円 |
| 曜日　午前  　 　　　午後 | （　　～　　）時  （　　～　　）時 | （　　～　　）時  （　　～　　）時 |  |  | 円 |
|

　注１　本添付書類は、予約診療を行う標榜科ごとに記載すること。

　注２　枠が足りない場合は、適宜取り繕うこと。