＜送付先＞

メール　tokai\_m@pref.ishikawa.lg.jp

ＦＡＸ　076－225－1434

医療機関名

医療機関住所

担当者職・氏名

連絡先電話番号

問１　令和３年度における小児訪問診療実施について

　　　１．実施した

　　　２．実施していない

問２　令和４年度における小児訪問診療実施について

　　　１．実施している

　　　２．実施していない

**（問１、問２ともに「２．実施していない」と回答した場合、これで調査は終了です。）**

問３　令和３年度（R3.4.1～R4.3.31）に小児訪問診療を実施した患者数

　　　　　　　　　　　　人

問３　令和４年４月１日時点における小児訪問診療の対応可能年齢について

（対応可能なものに○をつけてください。）

（　　）０歳

（　　）１歳以上５歳未満

（　　）５歳以上１０歳未満

　　　（　　）１０歳以上１５歳未満

（　　）１５歳以上２０歳未満

※対応可能な処置の種類は問わない。

調査にご協力いただきありがとうございました。