**休日当番**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　別紙第１

**(アンケート調査の内容)**

**担当日：令和　　年　　月　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名　担当医等 |  |
| 受診患者**総数** | 名 |
| 発熱患者数（３７度以上） | 名 |
| 呼吸器症状患者数（鼻汁、咽頭痛、咳嗽、喀痰、呼吸困難他） | 名 |
| 診察を終えての印象（特記事項）： | |

医療機関様のご負担のない範囲内でご記載いただければ幸いです。

記載後、早めに医師会事務局へＦＡＸ（04‐2995-6635）お願い致します。会員ホームページで共有させて頂きます。