休業等の状況についての調査票

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 担当者職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |

　**令和３年（２０２１年）４月１日以降の休業・診療縮小について**（いずれかに✔をご記入ください。）

　　□職員や入院患者等が新型コロナウイルスに感染し休業した。

　　　（期間：令和３年　　月　　日～　　月　　日）

□職員や入院患者等が新型コロナウイルスに感染し診療を縮小した。

　　　（期間：令和３年　　月　　日～　　月　　日）

　　　※診療縮小の内容（例：新規入院の休止）：

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）