施設名

以下に○または記載をお願いします。

**1. 現時点で新型コロナウイルス感染透析患者を受け入れる用意がありますか？**

　（　　　）　はい　　　　（　　　）　いいえ

**2. （１ではいの場合）受け入れ体制、透析治療はどのように行いますか？**

　（　　　）　病棟個室で透析　（　　例まで受け入れ可能）

　　（　　　）　透析室個室で透析　（　　例まで受け入れ可能）

　　（　　　）　透析室フロアで隔離して透析　（　　例まで受け入れ可能）

**3. ご意見　（自由記載：院内の問題点、県内透析施設への提言など）**