

## かかりつけ医機能報告制度に関するお問い合わせ方法

### 【県ホームページURL】

<https://www.pref.yamagata.jp/090013/kakaritukeikinouhoukoku.html>

- ①「お問い合わせフォーム」を押してください。

お問い合わせ

[健康福祉部 医療政策課](#)  
住所：〒990-8570 山形市松波二丁目8番1号  
電話番号：023-630-2331  
ファックス番号：023-630-2301

[お問い合わせフォーム](#)

- ②以下のとおり入力後、「送信確認」を押してください。

### 【入力必須項目】

氏名、ふりがな、住所、電話番号、メールアドレス、問い合わせ件名、問い合わせ内容

[ホーム](#) > お問い合わせフォーム

## お問い合わせフォーム

※必須の項目は必ず記入してください。

※適当な位置で改行、段落替えを行ってください。

※半角カタカナ、機種依存文字（丸数字、ローマ数字、単位、特殊記号等）は使用しないでください。文字化けを起すと、記載内容が読めない場合があります。

※返信が必要な方は、必ずご連絡先（電話番号またはファックス）がわからないため、回答をお送りすることができません。

氏名(必須)	<input type="text"/>	【必須】 「医療機関名／担当者名」を漢字で入力してください。
ふりがな	<input type="text"/>	【必須】 「医療機関名／担当者名」をかな入力してください。
性別	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	
年齢	<input type="text" value="選択してください"/>	
職業	<input type="text" value="選択してください"/>	
郵便番号	<input type="text"/>	
住所	<input type="text"/>	【必須】
電話番号	<input type="text"/>	【必須】
ファックス番号	<input type="text"/>	【必須】 「【管轄保健所名】医療機関名（機関コード9桁）／内容（制度に関すること、業務に関することなど）」を入力してください。
メールアドレス	<input type="text"/>	【必須】
問い合わせ件名(必須)	<input type="text"/>	
問い合わせ内容(必須)	<input type="text"/>	【必須】 お問い合わせ内容やマニュアルページ番号を具体的に記載くださるようお願いします。

③入力された内容を確認し、「送信する」を押してください。

[ホーム](#) > [お問い合わせフォーム](#) > 内容確認

## 内容確認

入力された内容に誤りがないかご確認ください。内容に問題がなければ「送信する」ボタンを押してください。

氏名	〇〇クリニック／山形太郎
ふりがな	〇〇くりにつく／やまがたたろう
性別	男性
年齢	
職業	
郵便番号	990-8570
住所	山形県山形市松波二丁目8番1号
電話番号	023-630-2331
ファックス番号	023-630-2301
メールアドレス	aaabbbccc@pref.yamagata.jp
問い合わせ件名	【山形市保健所】〇〇クリニック（123456789）／報告期限、G-MIS操作方法
問い合わせ内容	①定期報告は令和6年2月29日（木）まで行う必要があるのか。 ②G-MISで定期報告後に「報告」ボタンを押した後、報告状況が「報告済」ではなく「確認完了済」となるがよいのか。（G-MIS操作マニュアル（定期報告）P32参照）  ※お問い合わせ内容やマニュアルページ番号を具体的に記載くださるようお願いします。

送信する

入力画面に戻る

定期報告期間中は多数のお問い合わせが想定されます。

そのため、回答まで時間を要する場合がございますので、あらかじめご了承ください。