

令和 年 月 日

提出先：盛岡市医師会（委任状と一緒にご提出ください）

医療機関名 _____

代表者名 _____

診療・検査医療機関の指定に係る指定要件の確認書（回答）

次の項目について、ご回答をお願いいたします。

(1) 診療について

※発熱外来の体制は1日あたり20人、自院のかかりつけ患者や自院に相談のあった患者のみを受け入れる場合は1日あたり5人が上限ですが、必ずしも診療可能人数を自院の受け入れる要件と合致させる必要はなく、大凡の人数で構いません。

開設する曜日	開設時間	診療可能人数（人/日）
(例)月～金	9：00～16：00	20

(2) 受け入れ対象について（○か×をつけてください）

_____ 他院及び受診相談センター

_____ 個別に相談があった患者（かかりつけ患者以外）

(3) 実施する検査及び検体（該当する項目に○をつけてください）

新型コロナ				抗原定性	インフルエンザ
PCR		抗原定量			
唾液のみ	その他	唾液のみ	その他		

(4) 受け入れに係る留意事項（他機関からの紹介時留意してほしいこと等）

以下については、国に県の体制を報告する必要があることから、回答をお願いいたします。

■医療機関毎の検査に関する人員体制

①通常時の人員体制・稼働体制

- ア 1 診察室当たりの人員 (名)
- イ 1 診察室当たりの対応数 (1 時間あたりの検体採取件数) (件/時間)
- ウ 診察室数 (室)
- エ 開設時間 (時間)

②ピーク時の人員体制・稼働体制

- ア 1 診察室当たりの人員 (名)
- イ 1 診察室当たりの対応数 (1 時間あたりの検体採取件数) (件/時間)
- ウ 診察室数 (室)
- エ 開設時間 (時間)

③休日の対応 (休日に対応を依頼された場合の対応) (できる ・ できない)

④必要な人員の確保・研修 (診療・検査医療機関の運営に必要な各職種の合計)

- ア 必要な人員 (名)
- イ 実際に確保している人数 (名)
- ウ イのうち、研修受講等、必要な技術を要している人数 (名)

⑤个人防护具等の必要な物資の確保の状況 (容易・やや容易・やや難しい・難しい)

⑥検体の搬送について

※ 検体を検査機関に搬入する方法について記載をお願いします。
(検査機関が回収、検査機関あて郵送等)

⑦県ホームページへの公表について (希望する ・ 希望しない)

※公表する事項は、医療機関名、郵便番号、所在地、電話番号、受入対象者の区分、公表日です。

※公表リストの更新は、月に二回程度を予定しております。

自治体のホームページで公表されている診療・検査医療機関が、その診療・検査対応時間内に、新型コロナウイルス感染症であることが疑われる患者に対し必要な感染予防策を講じた上で外来診療を実施した場合、院内トリアージ実施料 (300 点) に加えて、二類感染症患者入院診療加算 (250 点) を算定することが可能とされています。