

新型コロナウイルス感染症への対応に関する意向調査票

取りまとめ期日
第1次：10月 5日（月）
第2次：10月23日（金）

医 療 機 関 名	
所 在 地	〒 -
代 表 者 氏 名	
調 査 票 記 入 者 氏 名	
電 話 番 号 / F A X 番 号	/
メ ー ル ア ド レ ス	@

1. 貴院において、新型コロナウイルス感染症に関して、今後実施可能な内容を以下からお選びください。

(1) 発熱患者等からの相談について

○	発熱患者等からの電話による受診相談に対応する 自院で診療できない場合は、診療・検査可能な医療機関を紹介する	⇒ 応召義務によりいずれの医療機関も必ずご対応ください
---	--	-----------------------------

(2) 発熱患者等に対する外来診療について(いずれか1つのみ選択)

	発熱患者等の外来診療を行う（オンライン診療も含む）	⇒ 診療・検査医療機関となります。 (3)に回答ください
	発熱患者等の診療を行うことができない、しない ※理由：特に免役低下している患者が多く来院する専門外来である、 発熱患者を対象とした診療科ではない、構造上動線を分けられない 等	⇒ 診療・検査医療機関となりません。 以下の回答は不要です。

(3) 新型コロナウイルス感染症の検査（検体採取）について(いずれか1つのみ選択)

	自院（訪問診療、往診を含む）で検査（検体採取）を行う	⇒ 行政検査委託契約の 委任状を提出 ください 2以降に回答ください
	検査が必要な場合は、地域外来・検査センター（PCR検査センター）や他院を紹介するが、自院（訪問診療、往診を含む）で検査（検体採取）する可能性もある	⇒ 行政検査委託契約の 委任状を提出 ください 2以降に回答ください
	検査が必要な場合は、地域外来・検査センター（PCR検査センター）や他院を紹介することとし、自院で検査（検体採取）しない	⇒ 委任状は不要 です 3以降に回答ください

2. 自院での実施可能な検査（検体採取）方法について（複数選択可）

	鼻咽頭拭い液（PCR検査・抗原定量検査・抗原定性検査（簡易キット））
	唾 液（PCR検査・抗原定量検査）
	（鼻腔拭い液 ※抗原定性検査（簡易キット）での採否が9月中に決定予定）

3. 診療・検査実施対象者について（複数選択可）

	かかりつけ患者（初診患者含む）	
	他院からの紹介患者	
	受診・相談センターからの案内患者	⇒ 受診・相談センターから患者に案内することがあります。

4. 診療・検査対応可能曜日・時間数について

	月	火	水	木	金	土	日	
午前								週当たり診療等対応時間数 時間
午後								
夜								

【記入例】

	月	火	水	木	金	土	日	
午前	3	3	3		3	3		週当たり診療等対応時間数 23 時間
午後								
夜	2	2	2		2			

※各曜日・時間帯（午前、午後、夜）における診療または検査対応可能時間数をご記入ください。

※診療等のない曜日・時間帯については、空欄としてください。

※国の事務連絡（9/15付け）により、「診療・検査医療機関」の指定にあたっては、週当たり診療等対応時間数報告する必要がありますので、記入をお願いいたします。

※「診療」「検査」を実施するとご回答いただいた内容をリスト化し、地域の医療機関、滋賀県および大津市でのみ共有させていただきます。

送付先

滋賀県 健康医療福祉部 医療政策課 感染症対策室

FAX：077-528-4857／E-Mail：coronataisaku10@pref.shiga.lg.jp