

# 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

送付先 滋賀県 医療政策課 感染症対策室 FAX : 077-528-4857 E-Mail : coronataisaku10@pref.shiga.lg.jp
---

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/FAX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)
	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す。  
(3)に回答ください

⇒ 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
	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
	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

⇒ 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

⇒ 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

⇒ 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)

	鼻咽喉拭い液 (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 (PCR検査・抗原定量検査・抗原定性検査 (簡易キット))

## 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。