

## 「診療・検査医療機関」の指定に係る申請調書

★ 青森県では、発熱患者（新型コロナ、インフルエンザ疑い）の外来診療・検査を行う機関を、「診療・検査医療機関」として指定を行います。

★ この指定を受けると国による支援対象となります。積極的に制度を活用して、発熱患者の外来診療の役割を担っていただけるよう、お願いします。

### 【国による支援】

- ・ 国庫補助金（インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金）の交付
- ・ 個人防護具（PPE）の配布

以下の項目を記入することで、この調書で標記指定の申請に代えることができます。各項目をご記入をください。

### I 貴院の情報等

医療機関情報	
医療機関名：	
住 所：	
T E L：	
担当部署、担当者名：	

### II 実施内容

内 容	チェック欄
診療（対面）	
診療（オンライン・電話）	
検査（検体採取） 新型コロナ	
検査（検体採取） インフルエンザ	
検査（分析） 新型コロナ	
検査（分析） インフルエンザ	

### III 発熱患者の対象者

内 容	チェック欄
保健所又は他医療機関から紹介を受けた患者	
自院のかかりつけ患者又は自院に相談のあった患者	
濃厚接触者	

※ 採取する検体の種類、検査方法は、裏面「チェックシート」へ記入する。

### IV 発熱患者の診療・検査対応時間

曜日	月	火	水	木	金	土	日
対応時間							
予定人数							

### V 「診療・検査医療機関」であることについて県ホームページでの公表の意向

内 容	チェック欄	理 由
公表可能		
公表不可		

表面の記入終了です。

この調書と裏面「チェックシート」をご記入後、所属都市医師会 又は 県健康福祉部保健衛生課へご提出ください。

## ① 疑い患者と一般患者との動線分別

※ 該当する内容を複数選択可能です。

疑い患者に接する内容	チェック欄
施設外での対応 (乗車中の患者へ対応、専用スペース、屋外空きスペースで対応 等)	
施設内での対応 (専用の診察室を確保、専用の受診時間帯の設定、他医療機関と輪番制対応 等)	

## ② 従事者の感染対策

※ 該当する内容を複数選択可能です。



実施する内容	チェック欄
標準予防策(サージカルマスク、手袋の着用) + 手指衛生の徹底	
疑い例の診療時 標準予防策 + 飛沫予防策(フェイスシールド等の着用)の実施	
患者が自己採取した鼻腔ぬぐい液検体、唾液検体の回収時 標準予防策の実施	
鼻咽頭ぬぐい液・鼻腔ぬぐい液の採取時 標準予防策 + 飛沫予防策 + ガウンを装着	
エアロゾル発生可能性がある場合 N95マスク、フェイスシールド等、ガウン、手袋を着用	

## ③ 検査体制の確保

※ 該当する内容を複数選択可能です。



採用する内容	チェック欄
自院内で検査を実施(抗原定性検査、PCR、抗原定量検査)	
検査(分析)を外部委託	
検査(検体採取、分析)をPCRセンターへ依頼	

## ④ 採取可能な検体の種類

	鼻咽頭ぬぐい液 <input type="checkbox"/>		唾液(自己採取) <input type="checkbox"/>
	鼻腔ぬぐい液 <input type="checkbox"/>		
	鼻腔ぬぐい液 (自己採取) <input type="checkbox"/>		

※ 該当する内容を複数選択可能です。

## ⑤ 実施する検査方法

	抗原定性検査 <input type="checkbox"/>		PCR検査 (LAMP法含む。) <input type="checkbox"/>
			抗原定量検査 <input type="checkbox"/>

※ 該当する内容を複数選択可能です。

## ★ 医療機関情報の公表を希望する場合 事前に患者へ伝えたい内容

内容(メッセージ)
例: 来院前に電話連絡をお願いします。来院時間は当院より指定させていただきます。

## 「診療・検査医療機関」の指定に係る申請調書

★ 青森県では、発熱患者（新型コロナ、インフルエンザ疑い）の外来診療・検査を行う機関を、「診療・検査医療機関」として指定を行います。

★ この指定を受けると国による支援対象となります。積極的に制度を活用して、発熱患者の外来診療の役割を担っていただけるよう、お願いします。

### 【国による支援】

- ・ 国庫補助金（インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金）の交付
- ・ 個人防護具（PPE）の配布

以下の項目を記入することで、この調書で標記指定の申請に代えることができます。各項目をご記入ください。

### 記載例

#### I 貴院の情報等

医療機関情報	
医療機関名：	保健衛生クリニック
住 所：	030-8570 青森市長島1-1-1
T E L：	017-734-9284
担当部署、担当者名：	感染症対策グループ 青森 太郎

#### II 実施内容

内容	チェック欄
診療（対面）	<input type="radio"/>
診療（オンライン・電話）	<input type="radio"/>
検査（検体採取） 新型コロナ	<input type="radio"/>
検査（検体採取） インフルエンザ	<input type="radio"/>
検査（分析） 新型コロナ	<input type="radio"/>
検査（分析） インフルエンザ	<input type="radio"/>

#### III 発熱患者の対象者

内容	チェック欄
保健所又は他医療機関から紹介を受けた患者	<input type="radio"/>
自院のかかりつけ患者又は自院に相談のあった患者	<input type="radio"/>
濃厚接触者	<input type="radio"/>

※ 採取する検体の種類、検査方法は、裏面「チェックシート」へ記入する。

#### IV 発熱患者の診療・検査対応時間

曜日	月	火	水	木	金	土	日
対応時間	14:00～ 17:00		14:00～ 17:00		14:00～ 17:00		
予定人数	6人		6人		6人		

#### V 「診療・検査医療機関」であることについて県ホームページでの公表の意向

内容	チェック欄	理由
公表可能	<input type="radio"/>	
公表不可	<input type="radio"/>	

表面の記入終了です。

この調書と裏面「チェックシート」をご記入後、所属都市医師会 又は 県健康福祉部保健衛生課へご提出ください。

## 記載例

## ① 疑い患者と一般患者との動線分別

※ 該当する内容を複数選択可能です。

疑い患者に接する内容	チェック欄
施設外での対応 乗車中の患者へ対応 専用スペース、屋外空きスペースで対応 等)	<input type="checkbox"/>
施設内での対応 (専用の診察室を確保、専用の受診時間帯の設定、他医療機関と輪番制対応 等)	

## ② 従事者の感染対策

※ 該当する内容を複数選択可能です。



実施する内容	チェック欄
標準予防策（サージカルマスク、手袋の着用） + 手指衛生の徹底	<input type="checkbox"/>
疑い例の診療時 標準予防策 + 飛沫予防策（フェイスシールド等の着用）の実施	<input type="checkbox"/>
患者が自己採取した鼻腔ぬぐい液検体、唾液検体の回収時 標準予防策の実施	<input type="checkbox"/>
鼻咽頭ぬぐい液・鼻腔ぬぐい液の採取時 標準予防策 + 飛沫予防策 + ガウンを装着	<input type="checkbox"/>
エアロゾル発生のある場合 N95マスク、フェイスシールド等、ガウン、手袋を着用	

## ③ 検査体制の確保

※ 該当する内容を複数選択可能です。



採用する内容	チェック欄
自院内で検査を実施 抗原定性検査、PCR、抗原定量検査)	<input type="checkbox"/>
検査（分析）を外部委託	<input type="checkbox"/>
検査（検体採取、分析）をPCRセンターへ依頼	

## ④ 採取可能な検体の種類

	鼻咽頭ぬぐい液 <input checked="" type="checkbox"/>		唾液（自己採取） <input checked="" type="checkbox"/>
	鼻腔ぬぐい液 <input type="checkbox"/>		
	鼻腔ぬぐい液 （自己採取） <input type="checkbox"/>		

※ 該当する内容を複数選択可能です。

## ⑤ 実施する検査方法

	抗原定性検査 <input checked="" type="checkbox"/>		PCR検査 (LAMP法含む。) <input checked="" type="checkbox"/>
			抗原定量検査 <input type="checkbox"/>

※ 該当する内容を複数選択可能です。

## ★ 医療機関情報の公表を希望する場合 事前に患者へ伝えたい内容

内容（メッセージ）
例：来院前に電話連絡をお願いします。来院時間は当院より指定させていただきます。