青森県保健衛生課

# 「外来対応医療機関」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、「外来対応医療機関」として指定を行います。

**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。**
**なお、外来対応医療機関の指定を受けた場合、その情報は県ホームページで公表されます。**

## 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： |
| 保健医療機関番号： |
| 医療機関ホームページURL： |

## Ⅱ　実施内容

| 内 容 | チェック欄 |
|---|---|
| 診療（対面） | |
| 診療（電話） | |
| 診療（オンライン） | |
| 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 | |
| 経口抗ウイルス薬　新型コロナ | |
| 経口抗ウイルス薬　インフルエンザ | |

**※ 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。**

## Ⅲ　発熱患者の対象者

| 内 容 | チェック欄 |
|---|---|
| かかりつけ患者以外への対応 | |
| かかりつけ患者のみの対応 | |
| 小児患者への対応 | |

## 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　「外来対応医療機関」に係る情報の県ホームページ上での公表

| 内 容 | チェック欄 |
|---|---|
| 「外来対応医療機関」に指定された場合、次の情報が県ホームページ上で公表されることを理解した。<br>公開される情報：医療機関名、電話番号、診療時間、検査体制、かかりつけ患者以外の患者への対応、小児への対応、経口抗ウイルス薬投与への対応、電話・オンライン診療への対応、オンライン診療への対応が可能な場合は医療機関ホームページURL | |

**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、所属郡市医師会 又は 県健康福祉部保健衛生課へご提出ください。**

# 裏面　　自院で実施する感染対策チェックシート

## 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<br>（ 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<br>（ 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） | |
| その他（上記２つの対応が困難な場合）<br>（ マスク着用、可能な範囲での疑い患者の時間的・空間的隔離、換気の実施等 ） | |

## 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<br>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<br>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<br>標準予防策 ＋ 飛沫予防策 ＋ ガウン※を装着　　※：体幹が密着する場合 | |
| エアロゾル発生の可能性がある場合<br>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 ☐
- 鼻腔ぬぐい液 ☐
- 鼻腔ぬぐい液（自己採取） ☐

- 唾液（自己採取） ☐

※ 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 ☐

- PCR検査（LAMP法含む。） ☐
- 抗原定量検査 ☐

※ 該当する内容を複数選択可能です。

## ★ 医療機関情報の公表にあたり、事前に患者へ伝えたい内容

| 内 容（メッセージ） |
|---|
| |

青森県保健衛生課

青森県保健衛生課

# 「外来対応医療機関」の指定に係る申請調書

**記載例**

★ 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、「外来対応医療機関」として指定を行います。

**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。**
**なお、外来対応医療機関の指定を受けた場合、その情報は県ホームページで公表されます。**

## 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** |
| 保健医療機関番号：○○○○○○○○○○ |
| 医療機関ホームページURL：**http://**○○○○○○○ |

## Ⅱ　実施内容

| 内 容 | チェック欄 |
|---|---|
| 診療（対面） | ○ |
| 診療（電話） | |
| 診療（オンライン） | ○ |
| 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 | ○ |
| 経口抗ウイルス薬　新型コロナ | ○ |
| 経口抗ウイルス薬　インフルエンザ | ○ |

**※ 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。**

## Ⅲ　発熱患者の対象者

| 内 容 | チェック欄 |
|---|---|
| かかりつけ患者以外への対応 | ○ |
| かかりつけ患者のみの対応 | |
| 小児患者への対応 | ○ |

## 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　「外来対応医療機関」に係る情報の県ホームページ上での公表

| 内 容 | チェック欄 |
|---|---|
| 「外来対応医療機関」に指定された場合、次の情報が県ホームページ上で公表されることを理解した。<br>公開される情報：医療機関名、電話番号、診療時間、検査体制、かかりつけ患者以外の患者への対応、小児への対応、経口抗ウイルス薬投与への対応、電話・オンライン診療への対応、オンライン診療への対応が可能な場合は医療機関ホームページURL | ○ |

**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、所属郡市医師会 又は 県健康福祉部保健衛生課へご提出ください。**

# 裏面　　自院で実施する感染対策チェックシート

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<br>（ 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<br>（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） | ○ |
| その他（上記２つの対応が困難な場合）<br>（ マスク着用、可能な範囲での疑い患者の時間的・空間的隔離、換気の実施等 ） | |

## 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<br>　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<br>　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<br>　標準予防策 ＋ 飛沫予防策 ＋ ガウン※を装着　　※：体幹が密着する場合 | ○ |
| エアロゾル発生の可能性がある場合<br>　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 ☑
- 鼻腔ぬぐい液 ☐
- 鼻腔ぬぐい液（自己採取） ☐

- 唾液（自己採取） ☑

※ 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 ☑

- PCR検査（LAMP法含む。） ☐
- 抗原定量検査 ☐

※ 該当する内容を複数選択可能です。

## ★ 医療機関情報の公表にあたり、事前に患者へ伝えたい内容

| 内 容（メッセージ） |
|---|
| 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。 |