

(記入上の注意)

山梨県知事 長崎 幸太郎 殿

年 月 日 ➡ この届出書の提出日を記入してください。

医療機関名

管理者 職・氏名
(代表者)

➡ 早期の指定が可能となるよう、電子メールでの提出も可とし、届出書への押印は不要です。

発熱患者等の診療・検査医療機関の指定に係る届出書

「次のインフルエンザ流行に備えた体制整備について」(令和2年9月4日付け厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡)に基づく診療・検査医療機関の指定を受けたいので、次の事項を届け出ます。

1	届出区分 (該当するものを一つをマーク)	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更	➡																
2	医療機関名		➡																
3	保険医療機関番号(医療機関コード)																		
4	所在地	〒 ()																	
5	電話番号	()																	
6	担当部署	担当者名																	
7	連絡先メールアドレス																		
8	発熱者等の診療・検査の対象者 (該当するものをすべてをマーク)	<input type="checkbox"/> 自院患者 <input type="checkbox"/> 相談センターや他院からの紹介患者	➡ 発熱患者等の診療・検査対象となる患者を選択してください。																
9	保険適用される行政検査の委託契約 (該当するものを一つをマーク)	<input type="checkbox"/> 個別契約 <input type="checkbox"/> 集合契約(委任先:) <input type="checkbox"/> なし	➡ 行政検査の契約手続中の場合は、締結後にこの届出を提出してください。																
10	対応内容 (該当するものをすべてをマーク)	<input type="checkbox"/> 診療 <input type="checkbox"/> 検体採取 <input type="checkbox"/> 自院検査 <input type="checkbox"/> 検査外注 <input type="checkbox"/> 遺伝子増幅検査(PCR、LAMP) <input type="checkbox"/> 抗原定性検査 <input type="checkbox"/> 抗原定量検査 検体採取を行わない場合、検査の連携先()	➡ 検体採取を行わない場合は、具体的な連携先を記入してください。																
11	他疾患の来院者との接触防止策 (該当するものをすべてをマーク)	<input type="checkbox"/> 時間的分離 <input type="checkbox"/> 入口・待合・診察室の分離 <input type="checkbox"/> プレハブ・簡易テント使用 <input type="checkbox"/> 駐車場・ドライブスルー <input type="checkbox"/> その他()	➡ 組み合わせで対応のある場合、該当するすべてを選択してください。																
12	発熱者等を受け入れる体制を確保した時間帯 (診療・検査の稼働時間が同一ではない場合は、いずれかが稼働している時間帯)	<table border="1"> <tr> <td>曜日</td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> <td>土</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>時間帯</td> <td>~ : ~</td> <td>~ : ~</td> <td>~ : ~</td> <td>~ : ~</td> <td>~ : ~</td> <td>~ : ~</td> <td>~ : ~</td> </tr> </table>	曜日	月	火	水	木	金	土	日	時間帯	~ : ~	~ : ~	~ : ~	~ : ~	~ : ~	~ : ~	~ : ~	➡ 発熱患者等を受け入れる体制を確保した時間帯(通常の診療時間に重なることも可能ですが、 <u>相談センター等からの受入れ要請があった場合、又は患者から相談があった場合には、原則速やかに患者の診療・検査を受け入れることができる時間帯</u>)を記入してください。
曜日	月	火	水	木	金	土	日												
時間帯	~ : ~	~ : ~	~ : ~	~ : ~	~ : ~	~ : ~	~ : ~												
13	1週間単位の診療・検査対応時間数	上記の合計時間数 時間 分																	
14	上記の体制による発熱患者等の受入れ開始日	令和 年 月 日	➡ 届出書の受付を開始した令和2年10月15日以降の日で、実際に発熱患者等の受入れが可能となった日又は可能となる日を記入してください。																
15	山梨県では、診療・検査医療機関を一般に公表せず、地域の医療機関や受診・相談センターと情報共有する方針としています。この方針を理解し、指定要件等を満たしたうえで指定を受けることに同意しますか。 <input type="checkbox"/> 同意する																		

上記の届出内容に基づき、当該施設を診療・検査医療機関に指定します。

指定番号 第 号
指定期間の始期 令和 年 月 日

➡ 指定通知欄は、記入したり切り取ったりせず提出してください。

令和 年 月 日

山梨県知事 長崎 幸太郎 印

※ 届出書の受付は、令和2年10月15日から開始します。
提出先は、医療機関の所在地を管轄する保健所です。