

**重要**

厚生労働省・内閣官房IT総合戦略室 医療機関調査事務局

# 医療機関 窓口調査シート

※以下の情報をご記入の上、WEBフォームまたはFAXにてご返送ください。  
※本シートのご提出は調査初回のみです。

**回答期限 : 3/27(金) 13:00**

記入日時	月	日	時頃	
医療機関名				医療機関ID

**<非公開情報> ※ただし行政間、医療機関などでは共有**

**◆調査対応窓口 : 医療機関調査事務局からの、日次・週次での調査対応**

担当部署 ※必須	
役職 ※必須	
担当者氏名	
電話番号 ※必須	
携帯番号	
メールアドレス	
調査への返答方法	以下の2つの選択肢の内、希望の調査の返答方法を1つ選んでチェック(☑)してください
	<input type="checkbox"/> WEBフォーム <input type="checkbox"/> FAX

都道府県別等に  
集計した上で公  
表予定。

## 返送先

**03-5846-8121 (FAX)**

### 本調査に関するご質問・お問い合わせ

厚生労働省・内閣官房IT総合戦略室 医療機関調査事務局  
電話番号: 03-5846-8233(土日祝日を除く平日9時~17時)

### 事務局入力欄

担当者:

システム入力:  完了

受信分類:  FAX  WEBフォーム

<b>重要</b>	厚生労働省・内閣府併設総合戦略室 医療機関調査事務局 <b>医療機関 日次調査シート</b>	!! ご留意事項 !! 平日毎日13:00まで												
提出日	月 日 曜日	※回答日の <b>平日23時59分</b> 時点で確認している状態をご報告ください ※必ず医療機関のなかに医療機関名をご記入ください。 ※事象の変化に迅速に対応するため、 <b>毎日必ずご返信ください</b> ※ご回答がない場合、電話等で確認をさせていただきます ※変更ありの場合は変更箇所のみ記入でも問題ございません												
医療機関名														
医療機関ID														
<b>医療提供状況 &lt;一般公開&gt;</b> ※提出前日23時59分時点の状況をご記入ください		前回の回答からの変更 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し												
項目	業務状況(該当選択肢にチェック(☑)を記入してください)	「受入れ制限・停止の理由や状況について」 可能な範囲でご記入ください												
	通常 制限 停止 数量なし													
外来(平日)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
外来(土日)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
入院	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
救急	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
透析	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
化学療法	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
その他案内事項														
<b>医療提供状況 &lt;非公開&gt;</b> ※提出前日23時59分時点の状況をご記入ください		前回の回答からの変更 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し												
項目	業務状況(該当選択肢にチェック(☑)を記入してください)	「受入れ制限・停止の理由や状況について」 可能な範囲でご記入ください												
	通常 制限 停止 数量なし													
手術	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
緊急手術	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
<b>新型コロナウイルス関連状況 &lt;非公開&gt;</b> ※提出前日23時59分時点の集計値をご記入ください		前回の回答からの変更 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し												
項目	回答	留意事項												
(1) 新型コロナウイルス感染疑い患者用の外来設置状況 ※該当選択肢にチェック(☑)をつけてください	<input type="checkbox"/> 帰国者・接触者外来 <input type="checkbox"/> その他独自の外来対応 <input type="checkbox"/> なし													
(2) 新型コロナウイルス感染疑い患者の外来受診状況 ※「」欄に該当人数を記入してください	上記の外来受診者数[ ]人 うち相談センターからの紹介有[ ]人 無[ ]人 不明[ ]人 うちPCR検査実施人数[ ]人 うち保険適用人数[ ]人													
(3) 新型コロナウイルス感染患者の入院状況 ※「」欄に該当人数を記入してください	入院中 [ ]人 新規退院 [ ]人 うち新規入院 [ ]人													
(4) 貴院におけるPCR検査実施の可否 ※外注分を除く ※該当選択肢にチェック(☑)をつけてください	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能	・初回及び変更の際にご記入ください。												
(5) 一日あたりPCR検査 可能検体数 ※外注分を除く ※「」欄に件数を記入してください	[ ]件	・初回及び変更の際にご記入ください。												
(6) PCR検査 結果判明件数 ※外注分を除く ※「」欄に該当件数を記入してください	<table border="1" style="width:100%; font-size: x-small;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">自院外来</td> <td style="text-align: center;">自院入院</td> <td style="text-align: center;">受託・その他</td> </tr> <tr> <td>判定検体数</td> <td style="text-align: center;">[ ]件</td> <td style="text-align: center;">[ ]件</td> <td style="text-align: center;">[ ]件</td> </tr> <tr> <td>うち保険適用数</td> <td style="text-align: center;">[ ]件</td> <td style="text-align: center;">[ ]件</td> <td style="text-align: center;">[ ]件</td> </tr> </table>		自院外来	自院入院	受託・その他	判定検体数	[ ]件	[ ]件	[ ]件	うち保険適用数	[ ]件	[ ]件	[ ]件	
	自院外来	自院入院	受託・その他											
判定検体数	[ ]件	[ ]件	[ ]件											
うち保険適用数	[ ]件	[ ]件	[ ]件											
(7) 空床状況 ※「」欄に該当床数を記入してください	全病床数 [ ]床 / うち空床数 [ ]床 うち一般病床数 [ ]床 / うち空床数 [ ]床 うちICU病床数 [ ]床 / うち空床数 [ ]床 うち感染病床数 [ ]床 / うち空床数 [ ]床 うち結核病床数 [ ]床 / うち空床数 [ ]床 うち精神病床数 [ ]床 / うち空床数 [ ]床 新型コロナウイルス感染患者受入可能 [ ]床													
(8) 医療機器リソース ※「」欄に該当台数を記入し、 該当選択肢にチェック(☑)をつけてください	人工呼吸器 [ ]台 / うち稼働 [ ]台 追加受け入れ <input type="checkbox"/> 可能 / <input type="checkbox"/> 不可能 新生児・小児呼吸器 [ ]台 / うち稼働 [ ]台 追加受け入れ <input type="checkbox"/> 可能 / <input type="checkbox"/> 不可能 体外式膜型人工肺(ECMO) [ ]台 現稼働 [ ]台 / 残り利用可能 [ ]台	・残り利用可能台数には予備のECMOは含まずに計上してください。												
<b>人材について &lt;非公開&gt;</b> ※提出前日23時59分時点の集計値をご記入ください		前回の回答からの変更 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し												
項目	回答	留意事項												
(1) 貴院の医療従事者における新型コロナウイルス感染(疑い)状況 ※「」欄に該当人数を記入してください	感染疑い(濃厚接触含む)の新規発覚 [ ]人 現在の陽性の医療者感染者数 [ ]人													
(2) 貴院における職員の欠員状況	充足状況(該当選択肢にチェック(☑)を記入してください)	具体的な状況												
	通常 欠員あり 結滞 なし													
全体医師	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
うち発熱・感染症に関わる医師	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
うち救急に関わる医師	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
全体看護師	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
うち病棟勤務看護師	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
うち外来勤務看護師	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
うち救急勤務看護師	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
事務 [ ]	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
その他 [ ]	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													

医療機関名と併せて公

都道府県別等に集計した上で公表予定。

送先  
FAXの場合: 03-5846-8121  
WEBフォームの場合:  
<https://covid-19-monitoring.cybozu.com/k/#/portal>

<本調査に関するご質問・お問い合わせ>  
厚生労働省・内閣府併設総合戦略室 医療機関調査事務局  
電話番号: 03-5846-8233(土日祝日を除く平日9時~17時)

<b>重要</b>	<small>厚生労働省・内閣官房IT総合戦略室 医療機関調査事務局</small> <b>医療機関 週次調査シート</b>	<b>!! ご回答期限 !!</b> <b>毎週金曜日 13:00 まで</b> <small>※金曜日が休日の場合は木曜日まで</small>
-----------	---	--

記入日	月 日 曜日
医療機関ID	
医療機関名	

※回答日の**前日23時59分時点**で**有明している状況**をご報告ください  
 ※必ず医療機関IDならびに医療機関名をご記入ください  
 ※事態の変化に迅速に対応するため、**毎週必ずご返送ください**  
 ※ご回答がない場合、電話等で確認をさせていただきます

項目	前日時点の在庫量 <small>※「」欄に該当数量を記入してください</small>	現在の在庫の備蓄見直し <small>※該当品類にチェック(○)を記入してください</small>			今後1週間あたりの 想定消費量 <small>※「」欄に該当数量を記入してください</small>	主要取引先 <small>※変更があればご記入ください</small>
		1週間以内	2~3週間	1ヶ月以上		
サージカルマスク	約[ ]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[ ]枚	
N95マスク	約[ ]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[ ]枚	
DS2マスク	約[ ]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[ ]枚	
ゴーグル	約[ ]個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[ ]個	
防護服	約[ ]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[ ]枚	
フェイスシールド	約[ ]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[ ]枚	
サージカルガウン	約[ ]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[ ]枚	
アイソレーションガウン	約[ ]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[ ]枚	
検診用手袋	約[ ]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[ ]枚	
サージカル手袋	約[ ]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[ ]枚	
手指消毒用アルコール	約[ ]リットル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[ ]リットル	
スワブ(検体検査用)	約[ ]個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[ ]個	
その他[ ]	約[ ]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[ ]枚	

都道府県別  
等に集計し  
た上で公表

その他 <非公開>		
項目	回答	備考
外来通院で化学療法中の患者 <small>※該当品類にチェック(○)をつけて、有りの場合は「」欄に該当人数を記入してください</small>	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 患者数 [ ]人 <input type="checkbox"/> 無し	

※おおまかな空床状況、在庫状況、必要状況の把握を目的としていますので、**数量はおおむねの数字で結構です。**  
 手袋やガウン等、複数のサイズがある場合も、まとめたおおむねの合計数で記載してください  
 ※本調査結果は今後の政府での医療資材の支援調整等の参考とさせていただきます

返送先
<b>FAXの場合: 03-5846-8121</b> <b>WEBフォームの場合:</b> <a href="https://covid-19-monitoring.cybozu.com/k/#/portal">https://covid-19-monitoring.cybozu.com/k/#/portal</a>

<small>&lt;本調査に関するご質問・お問い合わせ&gt;</small> <small>厚生労働省・内閣官房IT総合戦略室 医療機関調査事務局</small> <small>電話番号: 03-5846-8233(土日祝日を除く平日9時~17時)</small>
--