

重 要

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：
未提出の医療機関のみ、
早急にご提出ください。

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
	☐ WEBフォーム ☐ FAX

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

重要		医療機関 日次調査シート				！！ご報告期限！！ 平日毎日13:00まで	
提出日	月 日 曜日				※回答日の前日23時59分時点で作成している状態をご報告ください ※必ず医療機関IDならびに医療機関名をご記入ください ※事例の発生に迅速に対応するため、毎日必ずご提出ください ※ご回答がない場合、電話等で確認をさせていただきます ※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							
医療提供状況 <一般公開> ※提出日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 □ 有り □ 無し		
項目	診療状況(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	数値なし			
外来(平日)	☐	☐	☐	☐			
外来(土日)	☐	☐	☐	☐			
入院	☐	☐	☐	☐			
救急	☐	☐	☐	☐			
透析	☐	☐	☐	☐			
化学療法	☐	☐	☐	☐			
その他案内事項							
医療提供状況 <非公開> ※提出日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 □ 有り □ 無し		
項目	診療状況(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	数値なし			
手術	☐	☐	☐	☐			
緊急手術	☐	☐	☐	☐			
新型コロナウイルス関連状況 <非公開> ※提出前日23時59分時点の集計値をご記入ください/数字の欄には、数字のみをご記入ください					前回の回答からの変更 □ 有り □ 無し		
項目	留意事項				留意事項		
(1)新型コロナウイルス感染症の患者の外来受診状況 ※該当選択肢にチェック(○)をつけてください	☐ 帰国者・接接触者外来 (検体採取等を行う地域外来・検査センターを含む) ☐ 1週間以内の外来対応予定 ☐ 外来対応開始予定日 []月 []日				☐ 帰国者・接接触者外来以外で検査を実施する医療機関 帰国者・接接触者外来と同様の機能を有する医療機関として都道府県等が認めた医療機関を含む ☐ なし(1週間以内の外来対応予定なし)		
(2)新型コロナウイルス感染症の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						
(3)貴院における検査実施状況 ※ []欄に該当人数を記入してください	検査実施総数 []人 ↳うちPCR検査実施人数 []人 うち保険適用人数 []人 ↳うち唾液以外によるPCR検査実施人数 []人 うち保険適用人数 []人 ↳うち唾液によるPCR検査実施人数 []人 うち保険適用人数 []人 ↳うち新型コロナウイルス抗原検出用キット(迅速診断キット)実施人数 []人 うち陽性者 []人						
(4)新型コロナウイルス感染症患者の入院状況 ※ []欄に該当人数を記入してください	入院中 []人 うち新規入院 []人 新規退院 []人 ↳うちECMO管理中 []人 人工呼吸器管理中 (ECMOなし) []人 ICU入室中 (人工呼吸器・ECMOなし) []人				「レムデシビル投与対象者」は、別添2「医療機関 日次・週次調査シート記入要綱」の2.(3)⑦「レムデシビル投与対象者、かつ現在投与していない者」の記載を参考とし、医師の判断により投与することが適当と考えられる者を計上してください		
(5)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	☐ 可能 ☐ 不可能				・初回及び変更の際にご記入ください。		
(6)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。		
(7)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	自院外来 []件 自院入院 []件 受託・その他 []件 ↳うち保険適用数 []件						
(8)空床状況 ※ []欄に該当床数を記入してください	①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				②新型コロナウイルス感染症患者受入可能 []床 貴院において前日23時59分時点で新たに受入可能な新型コロナウイルス感染症患者の数を記載ください。既に入院中の患者は含まないこととします。下記、「新型コロナウイルス感染症患者受入可能数」を含んだ数字をご記載ください。 ③全透析病床数 []床 / うち空床数(透析) []床 ↳うち新型コロナウイルス感染症透析患者受入可能数 []床 貴院において記入時点で新たに受入可能な新型コロナウイルス感染症透析患者の数を記載ください。既に貴院へ入院し透析を行っている新型コロナウイルス感染症透析患者は含まないこととします。		
(9)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	①人工呼吸器 []台 / うち稼働 []台 ↳追加受け入れ ☐ 可能 / ☐ 不可能 ②新生児・小児呼吸器 []台 / うち稼働 []台 ↳追加受け入れ ☐ 可能 / ☐ 不可能 ③体外式膜型人工肺(ECMO) []台 ↳現稼働 []台 / 残り利用可能 []台 ④持続経路式血液濾過透析(CHDF) []台 ↳現稼働 []台 / 残り利用可能 []台				留意事項:追加で以下の台数もご記入ください。 ↳倉庫等で普段使われずに保管されている人工呼吸器 []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。 ⑤手術用麻酔器 []台 ↳倉庫等で普段使われずに保管されている手術用麻酔器 []台		
人材について <非公開> ※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 □ 有り □ 無し		
項目	留意事項				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症(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	欠員あり []人 結局 []人 なし []人 ↳全体医師 []人 ↳発熱・感染症に關わる医師 []人 ↳救急に關わる医師 []人 ↳全体看護士 []人 ↳病棟勤務看護士 []人 ↳外来勤務看護士 []人 ↳救急勤務看護士 []人 ↳事務 []人 ↳その他 []人				具体的な状況		
レムデシビル関連 <非公開> ※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 □ 有り □ 無し		
投与予定のなくなったレムデシビルのバイアル数	[]バイアル						
連絡先	氏名		所属	電話番号	メールアドレス		
レムデシビル投与に關して 貴院を代表する医師							
DI管理薬剤師							
連絡先					<本機関に關するご報告、お問い合わせ先> 厚生労働省:内閣府(777)感染症課 感染症対策推進部 電話番号:03-3568-4333(土日祝日を含む24時間)		
FAXの場合: 03-5848-8121 WEBフォームの場合: https://covid-19-monitoring.oyybozu.com/k/#/portal							

