

**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
	<input type="checkbox"/> WEBフォーム <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 完了
受信分類: <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> WEBフォーム

重要		医療機関 日次調査シート				【ご印刷欄】 平日 毎日18:00まで	
提出日	月 日 曜日				※調査日の前日の最終受付時間まで印刷していただくことをご確認ください ※必ず調査機関の付録に添付して提出してください ※事態の変化に迅速に対応するため、無断で変更してはなりません ※印刷後の変更は、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>						前回の報告からの変更	
※欄外項目の状況をご記入ください						□ 有り □ 無し	
項目	継続状況(前週調査票にチェック(○)を記入してはください)				変更なし		
	通常	新規	増大	減少			
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							
医療提供状況 <非公衆>						前回の報告からの変更	
※欄外項目の状況をご記入ください						□ 有り □ 無し	
項目	継続状況(前週調査票にチェック(○)を記入してはください)				変更なし		
	通常	新規	増大	減少			
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"/>			
新型コロナウイルス調査状況 <非公衆>						前回の報告からの変更	
※欄外項目の調査票の集計値をご記入ください/数字記入欄には、数字のみをご記入ください						□ 有り □ 無し	
項目	調査				調査事項		
(1) 新型コロナウイルス感染疑い患者用の外来設置状況 ※該当選択後にチェック(○)をつけてください	<input type="checkbox"/> 帰国者・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) <input type="checkbox"/> 帰国者・接触者外来以外で検査を実施する医療機関 <input type="checkbox"/> 1週間以内以外来対応予定 <input type="checkbox"/> 帰国者・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 <input type="checkbox"/> 外来対応開始予定日 [ ] 月 [ ] 日 <input type="checkbox"/> 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						
(3) 検体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 ↳うち唾液以外によるPCR検査実施人数 [ ] 人 ↳うち唾液によるPCR検査実施人数 [ ] 人 ↳うち新型コロナウイルス抗原定量検査(鼻咽頭拭い液)実施人数 [ ] 人 うち陽性者 [ ] 人 ↳うち新型コロナウイルス抗原定量検査(唾液)実施人数 [ ] 人 うち陽性者 [ ] 人 ↳うち新型コロナウイルス抗原定性検査実施人数 [ ] 人 うち陽性者 [ ] 人						
(4) 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 うち新規入院 [ ] 人 新規退院 [ ] 人 ↳うちECMO管理中 [ ] 人 ↳うち人工呼吸器管理中 (ECMOなし) [ ] 人 ↳うちICU入室中 (人工呼吸器・ECMOなし) [ ] 人 ↳うち上記のうちレムデシビル投与対象者、かつ現在投与していない者 [ ] 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)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判断さ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 ※該当選択後にチェック(○)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。		
(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 委託・その他 [ ] 件 ↳うち保険適用数 [ ] 件						
(8) 病床状況 ※[ ]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、該当選択後にチェック(○)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 <input type="checkbox"/> 可能 / <input type="checkbox"/> 不可能 ②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 ③体外式膜型人工肺(ECMO) [ ] 台 ↳現稼働 [ ] 台 / 残り利用可能 [ ] 台 ④持続経徐式血液濾過透析(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。 ↳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		
人財について <非公衆>						前回の報告からの変更	
※欄外項目の集計値をご記入ください						□ 有り □ 無し	
項目	調査				調査事項		
(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人材状況	充足状況(前週調査票にチェック(○)を記入してはください) 全体医師 <input type="checkbox"/> 欠員あり <input type="checkbox"/> 総量 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ↳発熱・感染症に関わる医師 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↳救急に関わる医師 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 全体看護部 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↳病棟勤務看護部 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↳外来勤務看護部 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↳救急勤務看護部 <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"/>				具体的な状況		
レムデシビル関連 <非公衆>						前回の報告からの変更	
※欄外項目の集計値をご記入ください						□ 有り □ 無し	
疫学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関して 貴院を代表する医師							
DI管理薬剤師							
※備考							
FAXの場合: 03-5848-8121 WEBフォームの場合: <a href="https://covid-19-monitoring.cybozu.com/h/8/portal">https://covid-19-monitoring.cybozu.com/h/8/portal</a>							

<b>重要</b>	<b>医療機関 週次調査シート 兼 医療用物資緊急配布調査シート</b>	<b>!! ご回答期限 !!</b> 毎週水曜日13:00 まで ※水曜日が休日の場合は火曜日まで
-----------	--	---

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58分時点で判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

※4月10日及び4月14日付け事務連絡に沿った医療用物資の再利用等の例外的取り扱いにご留意いただきますようお願い致します。

※国から緊急配布を行った場合、情報の取扱いに留意しつつ、国から緊急配布した枚数を含め、その一部を公表させていただく場合がありますのでご承知おきください。

医療資材状況 <非公開>/数字記入欄には、数字のみをご記入ください

項目	前日時点の在庫量 ※[ ]欄に該当数量を記入してください	現在の在庫の消費見直し ※該当選択肢にチェック☑を記入してください			今後1週間あたりの 予定消費量 ※[ ]欄に該当数量を記入してください	先週1週間の 物資の購入量	今後1週間に 購入できる見込量	主要取引(卸売業者名) ※変更があればご記入ください	国からの医療用物資の 緊急配布を希望するか ※希望する場合には チェック☑を記入してください (新型コロナウイルス感染症患者等の入院医療機関や PCR検査の実施を取り行う医療機関に属する)等 府県と連携して配布の希望や必要量を 調整させていただきます)
		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	約[ ]枚	約[ ]枚		<input type="checkbox"/>
N95マスク(DS2, KN95を含む)	約[ ]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[ ]枚	約[ ]枚	約[ ]枚		<input type="checkbox"/>
ゴーグル	約[ ]個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[ ]個	約[ ]個	約[ ]個		-
防護服	約[ ]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[ ]枚	約[ ]枚	約[ ]枚		-
フェイスシールド	約[ ]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[ ]枚	約[ ]枚	約[ ]枚		<input type="checkbox"/>
サージカルガウン	約[ ]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[ ]枚	約[ ]枚	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	約[ ]枚	約[ ]枚		<input type="checkbox"/>
非滅菌手袋	約[ ]枚 ※双ではなく枚で記載	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[ ]枚 ※双ではなく枚で記載	約[ ]枚 ※双ではなく枚で記載	約[ ]枚 ※双ではなく枚で記載		-
滅菌手袋	約[ ]双 ※2枚を1双として記載	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[ ]双 ※2枚を1双として記載	約[ ]双 ※2枚を1双として記載	約[ ]双 ※2枚を1双として記載		-
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	約[ ]リットル	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	約[ ]個	約[ ]個		-
その他[ ]	約[ ]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[ ]枚	約[ ]枚	約[ ]枚		-

その他 <非公開>/数字記入欄には、数字のみをご記入ください

項目	回答	備考
外来通院で化学療法中の患者 ※該当選択肢にチェック☑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	<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

送付先

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(7)総合事務局 医療機関改善事務局  
 電話番号: 03-5846-8223(土日祝日を除く9時～17時)