報告様式１

【送付先】滋賀県健康医療福祉部健康危機管理課

FAX：０７７－５２８－４８６６

E-mail：coronataisaku10@pref.shiga.lg.jp

新型コロナウイルス感染症の対応に関する意向調査票

**１-１．医療機関について**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 保険医療機関番号 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 代表者氏名  （法人にあたっては  名称及び代表者氏名） |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号/ＦＡＸ番号 | / |
| メールアドレス |  |

１-２．発熱患者等に対する外来診療について（✓をつけてください）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 発熱患者等の外来診療を行う（オンライン診療も含む） |

１-３．新型コロナウイルス感染症の検査（検体採取）について（いずれか１つのみ選択）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 自院（訪問診療、往診を含む）で検査（検体採取）を行う |
|  | 検査が必要な場合は、他院を紹介することとし、自院で検査（検体採取）しない |

１-４．自院で実施可能な検査（検体採取）方法について（複数選択可）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 鼻咽頭拭い液　　（ＰＣＲ検査・抗原定量検査・抗原定性検査（簡易キット）） |
|  | 唾液　　　　　　　　（ＰＣＲ検査・抗原定量検査・抗原定性検査（簡易キット）） |
|  | 鼻腔拭い液　　　 （ＰＣＲ検査・抗原定量検査・抗原定性検査（簡易キット）） |

１-５．小児の対応について（いずれか１つのみ選択）

報告様式２

|  |  |
| --- | --- |
|  | 対応可能 |
|  | 対応不可 |

１-６．診療・検査対応可能曜日・時間数について

週当たり診療等対応時間数

時間

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 午前 |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後 |  |  |  |  |  |  |  |
| 夜 |  |  |  |  |  |  |  |

記入例

週当たり診療等対応時間数

24.5時間

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *月* | *火* | *水* | *木* | *金* | *土* | *日* |
| *午前* | *３* | *３* | *３* |  | *３* | *３* |  |
| *午後* |  |  |  |  |  | *1.5* |  |
| *夜* | *２* | *２* | *２* |  | *２* |  |  |

※各曜日・時間帯（午前、午後、夜）における診療または検査対応可能時間数をご記入ください。

※診療等のない曜日・時間帯については、空欄としてください。

※「診療」「検査」を実施するとご回答いただいた内容をリスト化し、地域の医療機関、滋賀県および大津市で共有させていただきます。

**２．診療・検査実施対象者について（複数選択可）**

|  |  |
| --- | --- |
|  | かかりつけ患者 |
|  | かかりつけ患者以外の患者（初診患者等） |
|  | 他院等からの紹介患者 |

※令和３年10月25日以降、受診・相談センターに相談が寄せられた際、相談者の所在地から近い診療所を複数紹介する場合がございます。その際、相談者が直接、医療機関に問い合わせていただくこととなっています。

**３．滋賀県ホームページでの公表内容について**

報告様式３

　県民が身近な医療機関を探せるように「医療機関名」、「所在地」、「電話番号」を滋賀県ホームページで公表しています。また、問い合わせが診療の妨げとならないよう「受付時間」も併せて公表しています。

●「注意事項」欄について、ホームページに掲載したい文言に✓を付けてください。

※必須

※必須

※必須

※必須

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | |
| 電話番号 |  | |
| 住所 |  | |
| 受付時間  　　　※ | 月 |  |
| 火 |  |
| 水 |  |
| 木 |  |
| 金 |  |
| 土 |  |
| 日 |  |
| □ | 受付時間に関する詳細（例：祝日は休診・第4土曜日は休診等）  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 注意事項 | 【受診に関すること】  □受診前に必ず電話で問い合わせてください。  □指定する時間・方法で受診していただきます。  □かかりつけ患者を中心に診察しているのでお断りする場合があります。 | |
| 【検査に関すること】  □検査を行うかどうかは医師が判断します。  □陰性証明を目的とした検査は行っていません。  □検査を行っておらず、検査が必要な場合は他の医療機関を紹介します。  □検査結果がでるまで数日程度かかる場合があります。  □検査は来院いただいた車内で行います。 | |
| 【その他】  □<休日急病診療所のみ>休日急病診療所は、臨時的に応急処置を行うところですので検査は行っていません。  □<病床200床以上の病院のみ>初診時選定療養費がかかる場合があります。  □（　　　　　）歳未満は診察できません。  □経口抗ウイルス薬の処方を行っています。  □<その他>（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

※受付時間は9:00～12:00のように、受付を開始する時間から受付を終了する時間までをご記入ください。

・その他欄の<その他>の項目について掲載前に内容を調整させていただく場合があります。

・その他欄の<休日急病診療所>・<病床200床以上の病院>は該当しない場合は選択不可。