

令和2年(2020年)11月13日

滋医政第1487号

一般社団法人滋賀県医師会 会長
各地域医師会 会長
一般社団法人滋賀県病院協会 会長

様

滋賀県健康医療福祉部医療政策課長

(公 印 省 略)

診療・検査医療機関における診療実績等の報告について(再周知)

平素は、本県の保健医療行政について格別のご理解、ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

令和2年10月28日付け滋医政第1395号「新型コロナウイルス感染症に係る診療・検査医療機関での対応について(依頼)」において、発熱患者を診療した際の対応について依頼したところです。

発熱患者を診療・検査された際にはその実績について、翌日11時までにご報告いただきますようお願いしておりますが、引き続き報告についてご協力くださいますよう重ねてお願い申し上げます。ご報告いただきました検査数等については、直近一週間の陽性率など県内の感染動向の把握等に用いるため、報告にあたりましては、期日に間に合わない場合であっても診療者数等が取りまとまった時点で可能な限り速やかにご報告くださいますようご協力をお願いいたします。

なお別添写しのとおり、診療・検査医療機関の長あてお知らせしておりますので、ご承知おきください。

滋賀県健康医療福祉部医療政策課
感染症対策室 調査・医療対策係
電話 : 077-528-3584
F A X : 077-528-4866

令和2年(2020年)11月13日

滋 医 政 第 1 4 8 7 号

診療・検査医療機関長 様

滋賀県健康医療福祉部医療政策課長

(公 印 省 略)

診療・検査医療機関における診療実績等の報告について(再周知)

平素は、本県の保健医療行政について格別のご理解、ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

令和2年10月28日付け滋医政第1395号「新型コロナウイルス感染症に係る診療・検査医療機関での対応について(依頼)」において、発熱患者を診療した際の対応について依頼したところです。

発熱患者を診療・検査された際にはその実績について、翌日11時までにご報告いただきますようお願いしておりますが、引き続き報告についてご協力くださいますよう重ねてお願い申し上げます。ご報告いただきました検査数等については、直近一週間の陽性率など県内の感染動向の把握等に用いるため、報告にあたりましては、期日に間に合わない場合であっても診療者数等が取りまとまった時点で可能な限り速やかにご報告くださいますようご協力をお願いいたします。

滋賀県健康医療福祉部医療政策課
感染症対策室 調査・医療対策係
電 話：077-528-3584
F A X：077-528-4866

報告年月日: 令和 年 月 日

様式1 日次報告

| 診療・検査医療機関実績報告 | |
|---------------|--|
| 医療機関名 | |
| 住所 | |
| 電話番号 | |
| 担当者名 | |
| 保険医療機関番号 | |

報告先

(大津市以外)
滋賀県感染症対策室 調査チーム あて
FAX: 077-528-4866
e-mail: coronataisaku4@pref.shiga.lg.jp

(大津市内)
大津市保健所宛て
FAX: 077-525-6161
e-mail: otsu1443@city.otsu.lg.jp

| 日付 | 曜日 | ①診察室数 | ②診療・検査医療機関としての開設時間 | ③開設時間内の発熱患者数 | ④検査実施総人数 | (内数) | | | | | |
|----|----|-------|--------------------|--------------|----------|--------------------|------------|--------------------|-------------|-------------|-----------------|
| | | | | | | ⑤PCR検査を外注で検査分析した人数 | ⑥検査結果判明予定日 | ⑦PCR検査を自院で検査分析した人数 | ⑧抗原定量検査実施人数 | ⑨抗原定性検査実施人数 | ⑩無症状者の希望に基づく検査数 |
| | | | | | | | | | | | |

(注)発熱者等の診療や受検者がなかった日の報告は必要ありません。

記載要領

| 報告内容 | 単位 | 留意事項 | |
|-------------------------|---------------------------|--|--|
| ① 診察室数 | 室 | 診療・検査医療機関として開設している診察室の数を記入してください。 | |
| ② 診療・検査医療機関としての開設時間 | 時間 | 原則、指定の際に報告した開設時間を記入してください。診察室が複数ある場合は、全ての診察室での開設時間の合計を記入してください(例: 2つの診察室を5時間ずつ開設した場合、10時間)。 ただし、地域における流行状況や発熱患者数の増減に応じて、開設時間を変更した場合には、変更後の開設時間を入力してください。 | |
| ③ 開設時間内における発熱患者の数 | 人 | 診療・検査医療機関として発熱患者等を診る診察室が複数ある場合は、該当する全ての診察室で診察を行った人数の合計を記入してください。 | |
| ④ 新型コロナウイルス検査実施(検体採取)人数 | 人 | PCR検査、抗原定量検査又は抗原定性検査(簡易キット)のいずれかの検査を目的として検体を採取した人数を記入してください。同一人について異なる検査や同じ検査のために複数回検体を採取した場合でも「1」とカウントしてください(そのため⑤、⑦、⑧、⑨及び⑩の合計と合わないことがあります。)。入院患者に対してPCR検査、抗原定量検査又は抗原定性検査(簡易キット)のために検体採取した場合を含めた数(退院の際の陰性確認検査のための検体採取人数は除く)を記入してください。 | |
| (内数) | ⑤ ④のうちPCR検査を外注で検査分析した人数 | 人 | 外注で検査分析を行うPCR検査を目的として検体を採取した人数を記入してください(LAMPやその他拡散増幅法による病原体遺伝子の検出を含む。) |
| | ⑥ 検査結果判明予定日 | 月 日 | ⑤で外注したPCR検査の結果判明予定日を記入してください。複数ある場合は最も遅い結果判明日を記入してください。 |
| | ⑦ ④のうちPCR検査を自院で検査分析した人数 | 人 | 自院で検査分析を行うPCR検査を目的として検体を採取した人数を記入してください。検査分析を外注したものは除いてください(LAMPやその他拡散増幅法による病原体遺伝子の検出を含む。) |
| | ⑧ ④のうち抗原定量検査実施人数 | 人 | 抗原定量検査を目的として検体を採取した人数を記入してください。 |
| | ⑨ ④のうち抗原定性検査(簡易キット)実施人数 | 人 | 抗原定性検査(簡易キット)を目的として検体を採取した人数を記入してください。 |
| | ⑩ ④のうち無症状者の希望に基づく検査等の実施人数 | 人 | 本人等の希望で行う無症状者の検査、自治体が行う無症状の妊婦・高齢者等の検査があれば記入してください。 |

※ 様式は滋賀県ホームページからダウンロードできます。

<http://www.pref.shiga.lg.jp/ippan/kenkouiryohukushi/yakuzi/315091.html>

様式 2 週次報告

報告先

(大津市以外)

滋賀県感染症対策室 調査チーム あて

FAX: 077-528-4866 e-mail: coronataisaku4@pref.shiga.lg.jp

(大津市内)

大津市保健所宛て

FAX: 077-525-6161 e-mail: otsu1443@city.otsu.lg.jp

診療・検査医療機関 週次調査シート

※毎週水曜日13時までに、前日火曜日の状況を記入して提出

月 日 曜日 提出

| 医療機関名 | | | |
|-------------|--------------------------------------|---|------|
| 住所 | | | |
| 電話番号 | | | |
| 担当者名 | | | |
| 項目 | 現在の在庫の備蓄見通し (下記のいずれかに○を記入してください。) | 医療用物資の緊急配布を希望 するか (下記のいずれかに○を記入してください。) | 希望枚数 |
| サージカルマスク | ①「1週間以内」 ②「2～3週間」 ③「1ヶ月以上」 | ①「希望する」 ②「希望しない」 | 枚 |
| フェイスシールド | ①「1週間以内」 ②「2～3週間」 ③「1ヶ月以上」 | ①「希望する」 ②「希望しない」 | 枚 |
| アイソレーションガウン | ①「1週間以内」 ②「2～3週間」 ③「1ヶ月以上」 | ①「希望する」 ②「希望しない」 | 枚 |
| 非滅菌手袋 | ①「1週間以内」 ②「2～3週間」 ③「1ヶ月以上」 | ①「希望する」 ②「希望しない」 | 枚 |

※この調査は、毎週の医療用物資の在庫状況を報告していただくものです。すべての診療・検査医療機関が報告対象です。

※「現在の在庫の備蓄見通し」欄については、現時点の在庫量、今後購入できる見込み量及び今後の想定消費量を踏まえ、記入してください。

※緊急配布を希望される場合、配布枚数などの決定のため電話で状況確認することがありますので、必ず連絡が取れる問い合わせ先を記入してください。

※緊急配布の対象となるのは、備蓄見通しが「1週間以内」または「2～3週間」の医療機関です。