

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)

重要		医療機関 日次調査シート				！！ご留意事項！！ 平日毎日13:00まで	
提出日	月 日 曜日					※回答日の當日23時59分過ぎで判明している状態をご報告ください ※必ず医療機関のほうに医療機関名を記入してください ※所在地の誤り・重複・誤記を避けるため、 <b>必ず必ずご確認ください</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							
医療提供状況 <一般公開> ※提出日22時59分過ぎ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	医療提供状況(※提出日にチェック(○)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	例	停止	医療なし			
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							
医療提供状況 <非公開> ※提出日22時59分過ぎ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	医療提供状況(※提出日にチェック(○)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	例	停止	医療なし			
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"/>			
新型コロナウイルス関連状況 <非公開> ※提出日22時59分過ぎ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						前回の回答からの変更 □ 有り □ 無し	
項目	調査事項						
(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	<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"/> 1週間以内に外来対応予定 ↳ 外来対応開始予定日 [ ]月 [ ]日 <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 (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"/> 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 ↳うち新規退院 [ ]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 ↳うちレムデシビル投与対象者 [ ]人 ↳うち現在投与していない者 [ ]人 ↳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						
(5) 貴院におけるPCR検査実施の可否 ※外注先を除く ※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。						
(6) 一日あたりVPCR検査 可能検体数 ※外注先を除く ※ [ ]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 ※外注先を除く ※ [ ]欄に該当件数を記入してください	判定検体数 [ ]件 ↳うち保険適用数 [ ]件 ↳うち自院外来 [ ]件 ↳うち自院入院 [ ]件 ↳うち受託・その他 [ ]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」をきんた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 貴院において入院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。既に入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 <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持続経路式血液濾過透析(CHDF) [ ]台 ↳現稼働 [ ]台 ↳残り利用可能 [ ]台 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 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。						
人材について <非公開> ※提出日22時59分過ぎ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	調査事項					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(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	欠員状況(※提出日にチェック(○)を記入してください)					具体的な状況	
	通常	欠員あり	欠員なし	なし			
全体医師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			
全体看護師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
↳ 病棟勤務看護師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
↳ 外来勤務看護師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
↳ 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"/>			
レムデシビル関連 <非公開> ※提出日22時59分過ぎ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	
投与予定のなかったレムデシビルのバイアル数	[ ] バイアル						
連絡先	氏名					電話番号	
レムデシビル投与に関して貴院を代表する医師						メールアドレス	
DI管理薬剤師							
FAXの場合: 03-5846-8121 WEBフォームの場合: <a href="https://covid-19-monitoring.oyozo.com/k/#/portal">https://covid-19-monitoring.oyozo.com/k/#/portal</a>							

重 要	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	！！ご回答期限！！  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	※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
医療機関ID		
医療機関名		

※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週間に 必要消費量 ※[ ]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検査の必要採取を行う医療機関に限る)／希望 数量と選択して配布の希望や断否量を 記載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 ↳ 患者数 [ ]人  <input type="checkbox"/> 無し	

※おおまかな在庫状況、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、種類や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

連絡先  FAXの場合：03-5846-8121 WEBフォームの場合： <a href="https://covid-19-monitoring.cybozu.com/k/#/portal">https://covid-19-monitoring.cybozu.com/k/#/portal</a>	<本調査に関するご質問・お問い合わせ> 厚生労働省・内閣府及び総合戦略室 医療機関調査事務局 電話番号 03-5846-0233(土日祝日を除く平日9時～17時)
--	---