

**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:  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				！！ご確認事項！！ 平日毎日18:00まで	
提出日	月 日 曜日					※回答日の前日23時59分時点で印刷している状態をご報告ください ※必ず医療機関印ならびに医療機関名をご記入ください ※事務上の責任に迅速に対応するため、毎日必ず印刷してください ※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> ※提出日時点の状況をご記入ください						前回の回答からの変更 □ 有り □ 無し	
項目	通常	制限	停止	取扱いなし	「入院し制限・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		
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> ※提出日時点の状況をご記入ください						前回の回答からの変更 □ 有り □ 無し	
項目	通常	制限	停止	取扱いなし	「入院し制限・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		
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> ※提出前日23時59分時点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	
(1) 新型コロナウイルス感染症疑い患者用の外来受診状況 ※該当選択肢にチェック(☑)をつけてください	〇 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) □ 1週間以内の外来対応予定 ↳ 外来対応開始予定日 [ ]月 [ ]日					〇 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 □ 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) 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	ECMO管理中	人工呼吸器管理中 (ECMOなし)	ICU入室中 (人工呼吸器・ECMOなし)	「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 ※ [ ]欄に検体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	判定検体数 [ ]件	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	
(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 ↳ 稼働 [ ]台 / 残り利用可能 [ ]台	④持続緩徐式血液濾過透析(CHDF) [ ]台 ↳ 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	
(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	欠員状況(該当選択肢にチェック(☑)を入れてください)				具体的な状況		
全体医師	<input type="checkbox"/>	欠員あり	結果	なし			
↳ 発熱・感染症に關わる医師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
↳ 救急に關わる医師	<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	
患者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							
FAXの場合: 03-5848-8121 WEBフォームの場合: <a href="https://covid-19-monitoring.oybozu.com/#/portal">https://covid-19-monitoring.oybozu.com/#/portal</a>						※本調査に關するご質問・お問い合わせは、 厚生労働省 内閣府 新型コロナウイルス感染症対策推進事務局 電話番号 03-5648-9373(平日9時～17時)	

<b>重要</b>	<b>医療機関 週次調査シート</b> <b>兼 医療用物資緊急配布調査シート</b>	<b>！！ご回答期限！！</b> <b>毎週水曜日13:00 まで</b> ※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59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、**毎週必ずご返速ください**  
 ※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 需要予測量 ※[ ]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個人用防護具や PCR検査の後の汚染拭き取り用除菌剤(手洗)・消毒液 膚用と連携して配布の有無や配布量を 調整を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		-
アインレーションガウン	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 ※2枚ではなく枚で 記載	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[ ]枚 ※2枚ではなく枚で記 載	約[ ]枚 ※2枚ではなく枚で記 載	約[ ]枚 ※2枚ではなく枚で記 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 ※検査室検体(マウス)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	

※おおよかな在庫状況、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記載**です。  
 ※検査キット等、種類やサイズがある場合も、おおよかにおおむねの数字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: 03-5848-8121**  
**WEBフォームの場合:**  
<https://covid-19-monitoring.oybozo.com/k/#/portal>

<本調査に関するお問い合わせ>  
 厚生労働省 内閣府 新型コロナウイルス感染症対策推進部 医療部 医療資源課  
 電話番号 03-5848-8231(平日9時～17時)