

※ 黄色着色部分を確認・記載してください。（あらかじめ【かかりつけ患者のみの発熱外来に対応する内容が記載されています。】）

※ 医療措置協定の締結に当たって、

①協定書（病院・診療所）の内容②医療措置協定締結に係る概要資料（いずれも、広島県ホームページに掲載）

をご確認の上、内容についてご了承いただいた場合は、この回答様式の黄色部分を入力してメールで送付してください。

入力いただいた内容で医療措置協定締結することとなりますので、正確に入力してください。（記入例を確認し、記入してください。）

1 下記事項をご回答ください。（必須）

質問項目	回答欄
医療機関の代表電話番号	082-513-3068
担当者名	広島
連絡用メールアドレス（協定書等の送付先としても使用）	covid-19-center@pref.hiroshima.jp
担当者の連絡先電話番号	082-513-3068

2 医療措置協定締結への合意について（確認のみ）

医療措置協定の締結には管理者との合意が必要となります。協定締結に合意するかどうか回答してください。

質問項目	回答欄
合意の確認	協定締結に合意する

3 協定指定医療機関への指定に関する同意について

- ・病床確保を行う医療機関を**第一種協定指定医療機関**へ指定します。
- ・発熱外来又は外出自粛対象者への医療の提供を行う医療機関を**第二種協定指定医療機関**へ指定します。

区分	指定基準
第二種 (発熱外来)	I：当該医療機関に所属する者に対し、最新の知見に基づく適切な感染の防止のための措置その他必要な措置を実施することが可能であること。 II：当該医療機関を受診する者が、他の当該医療機関を受診する者と可能な限り接触することなく当該受診する者を診察することができることその他医療機関における院内感染対策を適切に実施しながら、外来医療を提供することが可能であること。 III：新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間において、広島県知事の要請を受け、通知又は医療措置協定の内容に応じ、新型インフルエンザ等感染症若しくは指定感染症の疑似症患者若しくは当該感染症にかかっていると疑うに足りる正当な理由のある者又は新感染症にかかっていると疑われる者若しくは当該新感染症にかかっていると疑うに足りる正当な理由のある者の診療を行う体制が整っていると認められること。

区分	質問項目	回答欄
(1) 第二種 (発熱外来)	指定要件Ⅰ、Ⅱの確認	指定要件を満たす
	指定要件Ⅲは、協定締結により要件を満たすとみなします。	
(2) 開設者の同意確認		指定に同意する

4 協定書別紙（医療機関が講じる医療措置等）に記載する内容を確認・入力してください。

変更がなければ記載不要です。「人数」は不明であれば、記載不要です。

(1) 発熱外来の実施

対応時期 (用途)	①流行初期期間（新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表が行われてから3か月程度）の対応	②流行初期期間経過後（新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表が行われてから6か月以内）
		例 ☒ 外来受診対応可能 (件数：1人/日) 例 ☒ 外来受診対応可能 (件数：-/日) ※ 人数に制限はありません。外来受診対応可能で、人数が不明な場合は「-」と記載してください。
対応の内容		☒ 外来受診対応可能 (人数：- 人/日) ☐ かかりつけ患者以外も受入れ可能

診療所の場合、対応可能人数は、具体的に記載が難しい場合には、対応できる旨のみ記載する。

(2) 個人防護具の備蓄

平時からの「個人防護具の備蓄量」について、ご回答ください。（変更がなければ記載不要です。）
令和3・4年度の実績がない、又は不明な場合は、下記の＜参考：令和3・4年度における平均1か月使用量（全国調査）＞等を参考にご回答ください。

※ コロナ対応で使用しなかった防護具については、「0枚」として差し支えありません。

その場合であっても、月数は「2月分」と入力してください。

例 サージカルマスク N95マスク アイソレーションガウン フェイスシールド 非滅菌手袋

 2月分 2月分 2月分 2月分 2月分

 500枚 40枚 10枚 0枚 1000枚

(参考)個人防護具の厚労省全国調査（令和3・4年度における1か月分の平均使用量）

種 類	無床診療所	有床診療所	20-199床	200-399床	400-599床	600-799床
サージカルマスク [枚]	337	685	4,398	13,688	21,139	34,742
N95マスク・DS2マスク [枚]	28	29	233	803	1,661	2,575
アイソレーションガウン [着]	75	83	628	2,501	3,517	6,030
フェイスシールド [個]	49	57	255	895	2,095	3,183
非滅菌手袋 [枚]	1,166	2,834	33,877	98,177	223,527	380,498

サージカルマスク		N95マスク		アイソレーションガウン		フェイスシールド		非滅菌手袋	
最低2か月以上の備蓄を推奨		最低2か月以上の備蓄を推奨		最低2か月以上の備蓄を推奨		最低2か月以上の備蓄を推奨		最低2か月以上の備蓄を推奨	
2	月分	2	月分	2	月分	2	月分	2	月分
300	枚	0	枚	70	枚	0	枚	1000	枚

5 協定書末尾に記載するの基本情報を記載してください。（必須）

医療機関名	広島県庁クリニック
保険医療機関番号	341XXXXXXX
G-MISのID ※ 不明な場合は、空欄にしてください。	
住所	広島市中区基町10-52
管理者の職氏名 例：院長 広島 太郎	院長 広島 太郎

回答様式送付先
FAX：082-254-7114
メール：covid-19-center@pref.hiroshima.jp
郵送：広島市中区基町10-52

※ 協定締結後、協定書及び指定書を連絡用メールアドレスに送付いたします。（協定書への押印はありません。）

※ 協定書及び指定書の送付時期は、回答から1か月～2か月程度の見込みです。

※ 協定締結の状況については、広島県ホームページで公表します。