

令和2年4月1日

郡市医師会
担当理事 殿

神奈川県医師会
理事 佐々木 秀弘

新型コロナウイルス感染症対策に係る病院の医療提供状況等
の状況把握について

時下 ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

また、平素より本会活動にご理解ご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、標記について日本医師会感染症危機管理対策室長より別添のとおり通知が参りました。

新型コロナウイルス感染症対策に関する取組の一環として、全国の医療機関を対象に、医療提供の現状等を把握する調査を実施する旨、国より周知依頼がありました。

本調査は、厚生労働省及び内閣官房情報通信技術（IT）総合戦略室より委託された「医療機関調査事務局」より医療機関に対して直接行われます。

回答形式は、別添の通り、窓口調査シート、日時調査シート、週次調査シートを設け、実施期間は令和2年3月27日（金）より順次開始し、当面の間実施するとのことです。詳細は別添の資料をご参照ください。

つきましては、貴会におかれましても本調査をご了知いただくとともに、貴会会員へのご周知の際には、ご協力をいただけるよう、ご配慮賜わりたくお願い申し上げます。

事務担当：地域保健課 代
〒231-0037
横浜市中区富士見町3-1
TEL：045-241-7000 FAX：045-241-1464
e-mail：r-dai@kanagawa.med.or.jp

(健Ⅱ347) (地496)

令和2年3月27日

都道府県医師会

担 当 理 事 殿

日本医師会感染症危機管理対策室長

釜 菫 敏

新型コロナウイルス感染症対策に係る病院の医療提供状況等の状況把握について

(協力依頼)

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて今般、厚生労働省健康局結核感染症課長、医政局地域医療計画課長、内閣官房情報通信技術 (IT) 総合戦略室長の連名で、各都道府県等衛生主管部 (局) 長宛に標記の文書が発出されるとともに、本会宛に周知方依頼がございました。

本調査は、新型コロナウイルス感染症対策に関する取組の一環として、全国の医療機関の医療提供の現状等を把握し、都道府県等に共有する目的で行われるものです。

調査は厚生労働省及び内閣官房情報通信技術 (IT) 総合戦略室より委託を受けた「医療機関調査事務局」より医療機関に対して直接の調査が行われます。

対象となる医療機関は、病床機能報告において「医療機関ID」が発行されている病院を予定しています。

回答形式は、窓口調査シート (初回のみ回答)、日時調査シート (平日毎日13:00までに回答)、週次調査シート (毎週金曜日13:00までに回答) になります。

実施期間は、令和2年3月27日 (金) より順次開始することとされております。なお、別紙の「医療機関窓口調査シート」には、回答期限: 3月27日 (金) 13:00とありますが、調査開始の時期に鑑み、各医療機関における回答の開始時期は、可能な限り早くお願いするとの趣旨であることを確認しております。

詳細は、「医療機関 日時・週次調査シート記入要綱」及び別添の「COVID-19対策都道府県内の医療機関状況モニタリング基盤 (仮称) について【調査ご協力のお願ひ】」を参照ください。

つきましては、大変恐れ入りますが、貴会におかれましても、本件についてご了知の上、貴会管下の郡市区医師会並びに関係医療機関等への協力方依頼につき、ご高配を賜りたくよろしくお願い申し上げます。

事務連絡
令和2年3月26日

公益社団法人 日本医師会 御中

厚生労働省健康局結核感染症課

新型コロナウイルス感染症対策に係る病院の医療提供状況等の状況把握について
(協力依頼)

日頃より、感染症対策業務にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

今般の新型コロナウイルス感染症対策に関する取組の一環として、病院の医療提供状況等について、下記のとおり、厚生労働省及び内閣官房情報通信技術（IT）総合戦略室において委託する団体から、医療機関等に対して直接調査を行う方法により、日次及び週次の情報を把握させていただくよう都道府県、保健所設置市及び特別区に別添のとおり連絡しておりますので、御了知いただくとともに、貴下団体会員等に対する周知方よろしくお取り計らい願います。

なお、本件については、3月24日の医療関係団体との協議会及び3月25日の全国知事会との意見交換会において、厚生労働大臣より協力要請を行っております。

健感発0326第3号
医政地発0326第1号
閣副第325号
令和2年3月26日

各 { 都道府県
保健所設置市
特別区 } 衛生主管部(局)長 殿

厚生労働省健康局結核感染症課長
(公印省略)
医政局地域医療計画課長
(公印省略)
内閣官房情報通信技術(IT)総合戦略室長
(公印省略)

新型コロナウイルス感染症対策に係る病院の医療提供状況等の状況把握について
(協力依頼)

今般の新型コロナウイルス感染症対策に関する取組の一環として、病院の医療提供状況等について、下記のとおり、厚生労働省及び内閣官房情報通信技術(IT)総合戦略室において委託する団体から、管内の医療機関等に対して直接調査を行う方法により、日次及び週次の情報を把握させていただきたいと存じます。なお、本件については、3月24日の医療関係団体との協議会及び3月25日の全国知事会との意見交換会において、厚生労働大臣より協力要請を行っております。

貴職におかれましては、管内の医療機関等に対して、別添により本件周知及び協力依頼をしていただきますようお願いいたします。

記

- 1 実施期間 令和2年3月27日(金)から順次開始し、当面の間実施。
- 2 調査形態 1日1回(日次)及び1週間1回(週次)で
 - ① Web フォームへの入力(インターネット接続環境のある医療機関においては、①を推奨)
 - ② Fax

③ 電話による聞き取り
による調査（添付資料参照）

3 調査項目 別紙調査シートのとおり。

(1) 「医療機関 窓口調査シート」(調査シート1枚目)
医療機関において直ちに記入の上、同シート記載の返送先に Fax 送信ください。

(2) 「医療機関 日次調査シート」(調査シート2枚目)
平日毎日 13:00 までに記入(上記2. ①～③による)

(3) 「医療機関 週次調査シート」(調査シート3枚目)
毎週金曜日 13:00 までに記入(上記2. ①～③による)

4 調査対象 対象とする病院については、病床機能報告制度において「医療機関ID」が発行されている病院を予定している。

5 その他

- 収集した情報については、とりまとめ次第、都道府県及び保健所設置市、特別区に対し、それぞれの区域内の医療機関の情報を随時共有(別途送付する URL、ID、パスワードにより閲覧及びデータのダウンロード可能)。
- 収集した情報のうち、診療等に支障のない範囲内で広く一般に提供することが有用な情報に関しては、厚生労働省及び各都道府県等のホームページで一般向け情報として公開可能なデータとして提供予定。

医療機関 日次・週次調査シート記入要綱

● はじめに

- 数字を記入する場合には必ず半角数字での入力をお願いします。

医療機関日次調査シート

1. 医療提供状況

- それぞれの項目毎に

「通常」：通常通りの対応が行える状態

「制限」：提供はできるものの一部制限がある状態

「停止」：全く提供ができない状態

「設置なし」：元々提供を行っていない状態

のいずれかを選択してください。

- 「受入れ制限・停止の理由や状況について」

スタッフの欠員や、多数の新型コロナウイルス感染症患者への対応等、提供の制限・停止の原因についてご記載ください。

- 手術については

「通常」：手術を予定通り行える状態

「制限」：予定よりも一部縮小して実施している状態

「停止」：予定手術も停止している状態

「設置なし」：元々手術を行っていない状態

のいずれかを選択してください。

- 緊急手術については

「通常」：緊急手術の受入が可能な状態

「制限」：緊急手術の受入を縮小している状態

「停止」：緊急手術の受入を停止している状態

「設置なし」：元々手術を行っていない状態

のいずれかを選択してください。

2. 新型コロナウイルス関連状況

(1) 新型コロナウイルス感染疑い患者用の外来設置状況

- 帰国者・接触者外来の設置の有無についてご記載ください。

- 帰国者・接触者外来以外で、新型コロナウイルス感染症を疑う患者の診察を行える外来機能を設置している場合は、「その他独自の外来対応」を選択してください。

(2) 新型コロナウイルス感染疑い患者の外来受診状況

- ① 上記の外来受診者数

前日 24 時間に「帰国者・接触者外来」もしくは、「その他独自の外来対応」にて対応を行った、新型コロナウイルス感染症を疑う外来患者数をご記載ください。
- ② 相談センターからの紹介

①のうち、「帰国者/接触者相談センター」から紹介のあった受診者数をご記載ください。
- ③ うち PCR 検査実施人数

①のうち、PCR 検査のための検体採取を行った受診者数をご記載ください。
- ④ うち保険適用人数

③のうち、保険適用として PCR 検査を行った件数をご記載ください。
- (3) 新型コロナウイルス感染患者の入退院状況
 - ① 入院中

貴院に前日 23 時 59 分時点で入院中の患者のうち、PCR 検査で陽性であった患者数をご記載ください。
 - ② うち新規入院

貴院に前日 24 時間に入院した患者のうち、PCR 検査で陽性であった患者数をご記載ください。
 - ③ 新規退院

前日 24 時間に退院した患者数をご記載ください。
- (4) 貴院における PCR 検査実施の可否 ※外注分を除く

➤ 貴院において PCR 検査を実施可能かどうかをご記載ください。外注して PCR 検査を行っている場合には「不可能」を選択してください。
- (5) 一日あたり PCR 検査可能検体数 ※外注分を除く

➤ 貴院で一日に実施可能な PCR 検査の最大件数をご記載ください。

➤ 貴院が置かれる大学・大学附属研究機関等で実施可能な PCR 検査の最大件数も計上してください。採取した検体の検査を外部に発注した分は除いてください。
- (6) PCR 検査結果判明件数 ※外注分を除く

➤ 貴院で実施した PCR 検査のうち、前日 24 時間に結果が判明した件数をご記載ください。検査を外注したものは除いてください。貴院が置かれる大学・大学附属研究機関等で実施した分も計上してください。

➤ 「自院外来」

貴院の外来受診患者から採取した検体のうち、前日 24 時間に結果が判明した件数をご記載ください。

➤ 「自院入院」

貴院の入院患者から採取した検体のうち、前日 24 時間に結果が判明した件数をご記載ください。

➤ 「受託・その他」

他院で採取され、PCR 検査を委託された検体、その他いずれにも該当しない検体のうち、前日 24 時間に結果が判明した件数をご記載ください。

➤ 「うち保険適用件数」

上記それぞれに対し、保険適用の件数をご記載ください。

(7) 空床状況

➤ 貴院の各類型における許可病床数と、前日 23 時 59 分時点での空床数をご記載ください。

➤ その日に予定入院を行う場合は、その病床は埋まっているものと扱ってください。

➤ 「ICU 病床数」には、ハイケアユニット等も含まれます。

➤ 「新型コロナウイルス感染患者受入可能」

貴院において全許可病床のうち、新型コロナウイルス感染症患者を最大何名まで受入可能かをご記載ください。

(8) 医療機器

① 人工呼吸器

人工呼吸器とは、汎用人工呼吸器、成人用人工呼吸器であって、基本的に重症肺炎の成人に使用可能なもので、気管挿管に対応可能なものを指します。

貴院で保有している人工呼吸器の台数、前日 23 時 59 分時点で稼働している人工呼吸器の台数、追加で人工呼吸器管理を要する患者を受入れ可能かどうかをご記載ください。

② 新生児・小児呼吸器

貴院で保有している新生児・小児呼吸器の台数、前日 23 時 59 分時点で稼働している新生児・小児呼吸器の台数、追加で人工呼吸器管理を要する新生児・小児を受入れ可能かどうかをご記載ください。

③ 体外式膜型人工肺 (ECMO)

貴院で保有している ECMO の台数、前日 23 時 59 分時点で稼働している ECMO の台数、稼働しておらず利用可能な ECMO の台数をご記載ください。稼働しておらず利用可能な ECMO の台数を計上する際には、予備の ECMO は含まないこととしますが、不明な場合には貴院で保有している ECMO の台数から、稼働している台数を除いた数をご報告頂いても構いません。

➤ 保有数を報告する際には、リースしているものも含まれますが、現在医療機関内に確保している台数のみ報告してください。また、現在使用可能なもののみを報告することとし、故障している等、現在使用できない医療機器は含みません。

3. 人材について

(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

① 感染（疑い症例含む）の新規発覚

前日 24 時間に新型コロナウイルス感染症と診断された、もしくは疑似症※と判断された貴院の医療従事者の数をご記載ください。

② 現在の陽性者数

前日 23 時 59 分時点における、貴院の医療従事者のうちで新型コロナウイルス感染症患者数をご記載ください。（既に回復し、業務に復帰した者は含まない。）

(2) 貴院における職員の欠員状況

○ 類型ごとに、

「通常」：新型コロナウイルス感染症関連の欠員（新型コロナウイルスへの感染例、疑似症例、濃厚接触例や、休校に伴う休職等）がない状態。

「欠員あり」：新型コロナウイルス感染症関連の欠員が少数いるものの通常と同等の業務の継続が可能な状態。

「枯渇」：新型コロナウイルス感染症関連の欠員が多数いることにより通常の業務の継続を縮小もしくは停止せざるを得ない状態。

のいずれかを選択してください。

○ 「具体的な状況」

一部の診療科のみ医師の「枯渇」がある等、可能であれば「欠員あり」や「枯渇」の状況についてご記載ください。

○ 類型ごとに重複がある場合いずれの類型においてもご報告ください。（例えば、病棟及び救急外来で勤務している看護師が欠員した場合には、両方で「欠員あり」を選択してください。）

○ ここでいう職員には派遣職員含め非常勤職員も含めます。

※疑似症の定義

現時点では疑似症とは、患者が次のア、イ、ウ又はエに該当し、かつ、他の感染症又は他の病因によることが明らかでなく、新型コロナウイルス感染症を疑う場合をいいます（注1）。ただし、必ずしも次の要件に限定されるものではありません。

ア 発熱または呼吸器症状（軽症の場合を含む。）を呈する者であって、新型コロナウイルス感染症であることが確定したものと濃厚接触（注2）歴があるもの

イ 37.5℃以上の発熱かつ呼吸器症状を有し、発症前14日以内にWHOの公表内容から新型コロナウイルス感染症の流行が確認されている地域（注3）に渡航又は居住していたもの

ウ 37.5℃以上の発熱かつ呼吸器症状を有し、発症前14日以内にWHOの公表内容から新型コロナウイルス感染症の流行が確認されている地域（注3）に渡航又は居住していたものと濃厚接触歴があるもの

エ 発熱、呼吸器症状その他感染症を疑わせるような症状のうち、医師が一般に認められている医学的知見に基づき、集中治療その他これに準ずるものが必要であり、かつ、直ちに特定の感染症と診断することができないと判断し（法第14条第1項に規定する厚生労働省令で定める疑似症に相当）、新型コロナウイルス感染症の鑑別を要したものの

注1：「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について（一部改正）」（令和2年2月4日健感発0204第1号）及び「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項及び第14条第2項に基づく届出の基準等における新型コロナウイルス感染症に関する流行地域について」（令和2年3月10日厚生労働省健康局結核感染症課事務連絡）を参照。

注2：「濃厚接触」とは、次の範囲に該当するものです。

- ・新型コロナウイルス感染症が疑われるものと同居あるいは長時間の接触（車内、航空機内等を含む）があったもの
- ・適切な感染防護無しに新型コロナウイルス感染症が疑われる患者を診察、看護若しくは介護していたもの
- ・新型コロナウイルス感染症が疑われるものの気道分泌液若しくは体液等の汚染物質に直接触れた可能性が高いもの

注3：「WHOの公表内容から新型コロナウイルス感染症の流行が確認されている地域」とは、中華人民共和国湖北省及び浙江省、大韓民国大邱広域市、慶尚北道清道郡、慶山市、安東市、永川市、漆谷郡、義城郡、星州郡及び軍威郡、イラン・イスラム共和国ギーラーン州、コム州、テヘラン州、アルボルズ州、イスファハン州、ガズヴィーン州、ゴレスタン州、セムナーン州、マーザンダラン州、マルキヤズィ州及びロレスタン州、イタリア共和国ヴェネト州、エミリア＝ロマーニャ州、ピエモンテ州、マルケ州及びロンバルディア州並びにサンマリノ共和国をいいます（3月26日時点）。

医療機関 週次調査シート

1. 医療資材状況

- 類型ごとの在庫量、備蓄見通し、1週間あたりの消費量、主要取引先についてご記載ください。

2. その他

- 外来通院で化学療法中の患者
- 外来化学療法を実施している患者の有無、外来化学療法を実施している患者が存在する場合、そのおよその数をご記載ください。

重要

厚生労働省・内閣官房IT総合戦略室 医療機関調査事務局

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 : 3/27(金)13:00

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

<サンプル>

重要		厚生労働省・内閣府共同総合戦略室 医療機関調査事務局 医療機関 日次調査シート	【ご回答期限】 平日毎日13:00まで												
提出日	月 日 曜日	※調査日の翌日以降は最速で回答していただくことをご希望ください ※必ず医療機関の名称に医療機関名をご記入ください。 ※事業所の変化に迅速に対応するため、最速でご回答ください。 ※ご回答がない場合、電話等で確認をさせていただきますが、 ※変更ありの場合は変更箇所のみご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 (前日比)		前日の調査からの変更													
※調査日の前日比を必ずご記入ください		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し													
項目		「突入率制限・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		制限状況(最も適切なものにチェック(必ず記入してください))													
異常		通常													
停止		数量なし													
外来(平日)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
外来(土日)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
入院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
救急	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
透析	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
化学療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
その他院内事項															
医療提供状況 (前日比)		前日の調査からの変更													
※調査日の前日比を必ずご記入ください		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し													
項目		「突入率制限・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		制限状況(最も適切なものにチェック(必ず記入してください))													
異常		通常													
停止		数量なし													
手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
緊急手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
新型コロナウイルス関連状況 (前日比)		前日の調査からの変更													
※調査日の前日比を必ずご記入ください		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し													
項目		調査事項													
(1)新型コロナウイルス感染疑い患者用の外来設置状況 ※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 <input type="checkbox"/> その他独自の外来対応 <input type="checkbox"/> なし														
(2)新型コロナウイルス感染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者【 】人 無し【 】人 不明【 】人 ↳うちPCR検査実施人数【 】人 ↳うち検査費用人数【 】人														
(3)新型コロナウイルス感染患者の入院状況 ※【 】欄に該当人数を記入してください	入院中【 】人 新規入院【 】人 ↳うち新規入院【 】人														
(4)真鍮における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	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能	・初回及び変更の原にご記入ください。													
(5)一日あたりPCR検査可能検体数 ※外注分を除く ※【 】欄に件数を記入してください	【 】件	・初回及び変更の原にご記入ください。													
(6)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	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>自院外来</td> <td>自院入院</td> <td>委託・その他</td> </tr> <tr> <td>判定検体数</td> <td>【 】件</td> <td>【 】件</td> <td>【 】件</td> </tr> <tr> <td>PCR検査費用</td> <td>【 】件</td> <td>【 】件</td> <td>【 】件</td> </tr> </table>		自院外来	自院入院	委託・その他	判定検体数	【 】件	【 】件	【 】件	PCR検査費用	【 】件	【 】件	【 】件		
	自院外来	自院入院	委託・その他												
判定検体数	【 】件	【 】件	【 】件												
PCR検査費用	【 】件	【 】件	【 】件												
(7)病床状況 ※【 】欄に該当床数を記入してください	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 ↳うち感染症病床数【 】床 / うち空床数【 】床 ↳うち回復期病床数【 】床 / うち空床数【 】床 ↳うち精神科病床数【 】床 / うち空床数【 】床 新型コロナウイルス感染患者受入可能【 】床														
(8)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	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 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 体外式膜型人工肺(ECMO)【 】台 ↳稼働【 】台 / 残り利用可能【 】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 (前日比)		前日の調査からの変更													
※調査日の前日比を必ずご記入ください		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し													
項目		調査事項													
(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 現在の罹患の医療従事者数【 】人														
(2)貴院における職員の欠員状況	欠員状況(最も適切なものにチェック(必ず記入してください)) 通常 欠員あり 超過 なし	具体的な状況													
全体医師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
↳感染・感染症に関わる医師	<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"/>												
全体看護士	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
↳病棟勤務看護士	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
↳外来勤務看護士	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
↳救急勤務看護士	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
専務【 】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
その他【 】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
FAXの場合: 03-6846-8121 WEBフォームの場合: https://covid-19-monitoring.cybozu.com/k/#/portal		※本調査は厚生労働省・内閣府共同総合戦略室 医療機関調査事務局 厚生労働省・内閣府共同総合戦略室 医療機関調査事務局 電話番号: 03-6846-8121(平日9時～17時)													

<サンプル>

重要	厚生労働省・内閣府併設総合戦略室 医療機関調査事務局 医療機関 週次調査シート	!! ご回答期限 !! 毎週金曜日13:00 まで <small>※金曜日が休日の場合は木曜日まで</small>
-----------	---	--

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分時点で把握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、**無回答もご通知ください**
 ※ご回答がない場合、電話等で確認をさせていただきます

医療資材状況 <非公開>

項目	前日時点の在庫量 <small>※[]欄に数量を記入してください</small>	現在の在庫の調査見直し <small>※数量調査時にチェック印を記入してください</small>			今週1週間あたりの 予定消費量 <small>※[]欄に数量を記入してください</small>	主要取引先 <small>※数量があればご記入ください</small>
		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	
N95マスク	約[]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]枚	
DS2マスク	約[]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]枚	
ゴーグル	約[]個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]個	
防護服	約[]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]枚	
フェイスシールド	約[]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]枚	
サージカルガウン	約[]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	
検診用手袋	約[]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]枚	
サージカル手袋	約[]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]枚	
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	
スワブ(検体検査用)	約[]個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]個	
その他[]	約[]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]枚	

その他 <非公開>

項目	回答	備考
外来通院で化学療法中の患者 <small>※数量調査時にチェック印をつけて、 有りの場合は[]欄に患者人数を記入してください</small>	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 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、複数の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

FAXの場合: 03-5846-8121
WEBフォームの場合:
<https://covid-19-monitoring.cybozu.com/k/#/portal>

<本調査に関するご質問・お問い合わせ>
 厚生労働省・内閣府併設総合戦略室 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)

(参考)

別添

COVID-19対策
都道府県内の医療機関状況
モニタリング基盤（仮称）について
【調査ご協力のお願い】

令和2年3月26日（木）

内閣官房IT総合戦略室
厚生労働省

調査について

- 本調査は、新型コロナウイルス感染症の拡大状況にかんがみ、国において、全国の医療機関の医療提供体制の現状等を把握し、都道府県等に共有する目的で行うものです。
- 厚生労働省・内閣官房の委託による「医療機関調査事務局」から、各病院への直接の調査を行います。
- 調査手法は、集計の容易さの観点から、以下の順位で選択いただきます。
 - Webフォームへの入力（インターネット接続環境のある病院）【推奨】
 - Fax（インターネット接続環境ない場合、推奨）
 - 電話
- 入力マニュアルについては、別途郵送にて送付いたします。

調査の準備

「医療機関 窓口調査シート」
に、各医療機関の御担当の連絡
先と、調査手法を記入、直ちに
返送ください。

重要	
厚生労働省・内閣官房IT総合戦略室 医療機関調査事務局 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。	
記入日時	月 日 時 分
医療機関名	
<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 <small>※必須</small>	
役職 <small>※必須</small>	
担当者氏名	
電話番号 <small>※必須</small>	
携帯番号	
メールアドレス	
調査への返答方法	<input type="checkbox"/> WEBフォーム <input type="checkbox"/> FAX
以下の2つの選択枝の内、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	
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)	
事務所入力欄	
担当者	
システム入力： <input type="checkbox"/> 完了	
戻り分類： <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> WEBフォーム	

各医療機関からご報告いただきたい事項②

2. 週次調査

・医療資材状況

(サージカルマスク、N95マスク、防護服、フェイスポーチ、ブルガウン、ニトリル手袋、手洗い消毒用アルコール、検体検査用スワブ等)

・その他

(外来通院で化学療法中の患者) 等

重要		11月診療期間 11月 毎週金曜日13:00まで ※翌日15時迄の受付となります		
記入日	月 日 曜日	医療機関 週次調査シート		
医療機関ID		※同着日の曜日には必ず検査項目を記載していただき、検査をご報告ください。 ※必ず医療機関IDの欄に医療機関名をご記入ください。 ※検査項目の欠けに該当しない場合は、欄外等に理由を記載してください。		
医療機関名		※ご関係がない場合は、欄外等に理由を記載してください。		
医療資材状況 (※5月用)				
項目	検出時量の在庫量 (※1箱に何個入っているかを 記入してください)	検出時の在庫の消費状況 (※1箱に何個入っているかを 記入してください)		消費数 (※1箱に何個入っているかを 記入してください)
		1週間以内	2～3週間	
サージカルマスク	箱]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	箱]枚
N95マスク	箱]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	箱]枚
DSマスク	箱]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	箱]枚
ゴーグル	箱]個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	箱]個
防護服	箱]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	箱]枚
フェイスシールド	箱]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	箱]枚
サージカルガウン	箱]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	箱]枚
アイソレーションガウン	箱]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	箱]枚
検体用手袋	箱]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	箱]枚
サージカル手袋	箱]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	箱]枚
手拭消毒用アルコール	箱]個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	箱]個
スワブ(検体検査用)	箱]個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	箱]個
その他 []	箱]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	箱]枚
その他 (※5月用)				
項目	調査	調査	備考	
外来通院で化学療法中の患者 (※1箱に何個入っているかを 記入してください)	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無 人数 []人			
※本表は院内感染対策、患者検出、患者の検出を目的としており、患者はおおむねの検出で検出です。 ※本表は院内感染対策、患者検出、患者の検出を目的としており、患者はおおむねの検出で検出です。 ※本表は院内感染対策、患者検出、患者の検出を目的としており、患者はおおむねの検出で検出です。				
FAXの場合: 03-5848-8121 WEBフォームの場合: https://covid-19-monitoring.cybozu.com/k/#/portal		<small> ※本表は院内感染対策、患者検出、患者の検出を目的としており、患者はおおむねの検出で検出です。 ※本表は院内感染対策、患者検出、患者の検出を目的としており、患者はおおむねの検出で検出です。 ※本表は院内感染対策、患者検出、患者の検出を目的としており、患者はおおむねの検出で検出です。 </small>		

ご報告いただいたデータについて

- 厚生労働省・内閣官房において集計の上、各都道府県、保健所設置市、特別区等に、各自自治体のデータ（日次・週次）を共有いたします。
- 都道府県において、重症者対応のための治療拠点の設定、医療体制の重点化などの検討に活用いただきます。
- 医療提供状況（通常営業／一部制限／停止等）については、医療機関からの公開許諾を得たものについて、厚生労働省・各都道府県ホームページ上での公開・オープンデータ提供可能な形で提供予定です。

