

インフルエンザ流行期における 発熱外来診療体制報告書

令和 年 月 日

住所	〒					
医療機関名			電話番号			
保健医療機関番号 ※10桁で記入願います。			担当部署・ 担当者氏名			
担当部署電話番号			担当部署 メールアドレス			
診療・検査対象 (いずれかを選択)	<input type="checkbox"/> 自院の患者のみ					
	<input type="checkbox"/> 自院の患者に加え、他院等からの紹介患者も可 (他の医院, 受診・相談センター, 保健所からの紹介患者。濃厚接触者を含む)					
実施する検査 (予定を含む) ※ 括弧内には、検査に 使用する検体(唾液、 鼻腔・鼻咽頭ぬぐい液、 喀痰等)を記入願います。	<input type="checkbox"/> PCR検査 () <input type="checkbox"/> 抗原定性検査 () <input type="checkbox"/> 抗原定量検査 () <input type="checkbox"/> その他 ()					
貴医療機関名等の 周知の方法 (いずれかを選択) ※仙台市内の医療機関は 記入不要です。	<input type="checkbox"/> 県, 受診・相談センター, 地域の医療機関間での共有のみ					
	<input type="checkbox"/> 上記共有に加え、県のホームページ等での公表も可					
診療・検査対応時間						
※貴医療機関の診療時間ではなく、発熱患者の外来診療・検査体制を確保する概ねの時間を記載願います。						
月	火	水	木	金	土	日
午前 時間	午前 時間	午前 時間	午前 時間	午前 時間	午前 時間	午前 時間
午後 時間	午後 時間	午後 時間	午後 時間	午後 時間	午後 時間	午後 時間

【問い合わせ先】

〒980-8570 仙台市青葉区本町3-8-1

宮城県 保健福祉部 疾病・感染症対策室 感染症対策班

電 話:022-211-2632 / メール:situkan@pref.miyagi.lg.jp