

福岡医発第 1755 号(地)
令和 4 年 9 月 24 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

インフルエンザ流行期に備えた福岡県診療・検査医療機関の拡充について

今般、標記について福岡県保健医療介護部より、別紙のとおり周知依頼がありました。

本県の新型コロナウイルス感染症の新規陽性者数は、8月19日に発生した過去最多の15,723人と比べると減少しておりますが、現在も3,000人前後を推移し、依然と高い水準にあり、この状況が冬のインフルエンザ流行期に重なった場合、多数の発熱患者等が、医療機関へ受診すると想定されるため、診療・検査医療機関の更なる拡充を図ることを目的として、別添の「インフルエンザ流行期に備えた福岡県診療・検査医療機関の拡充について（依頼）」及び「指定申請書」について周知依頼がありました。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただき、貴会会員への周知方よろしく願いいたします。

公印省略

4 疾病第 7 3 8 4 号
令和 4 年 9 月 1 4 日

公益社団法人福岡県医師会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(福岡県新型コロナウイルス感染症対策本部事務局)

インフルエンザ流行期に備えた福岡県診療・検査医療機関の拡充について (依頼)

平素より、本県の保健医療行政の推進につきましては、格別の御理解、御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本県の新型コロナウイルス感染症の新規陽性者数は、8月19日に発生した過去最多の15,723人と比べると減少しましたが、現在も3,000人前後を推移しており、依然と高い水準にあります。

こうした状況が、冬のインフルエンザ流行期に重なった場合、多数の発熱患者等が、医療機関へ受診すると想定されるため、診療・検査医療機関の更なる拡充を図ることが重要であると考えております。

つきましては、別添の「インフルエンザ流行期に備えた福岡県診療・検査医療機関の拡充について (依頼)」及び指定申請書を貴会会員の医療機関へ御周知いただきますようお願い申し上げます。

【問い合わせ先】

福岡県新型コロナウイルス感染症対策本部事務局

担 当：企画1班 神代、黒木

T E L：0 9 2 - 6 4 3 - 3 6 0 9

E-mail: corona-kikaku001@pref. fukuoka. lg. jp

県内各医療機関 管理者 殿

福 岡 県 保 健 医 療 介 護 部 長
(福岡県新型コロナウイルス感染症対策本部事務局)

インフルエンザ流行期に備えた福岡県診療・検査医療機関の拡充について（依頼）

平素より、本県の保健医療行政の推進につきましては、格別の御理解、御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本県の新型コロナウイルス感染症の新規陽性者数は、8月19日に発生した過去最多の15,723人と比べると減少しましたが、現在も3,000人前後を推移しており、依然と高い水準にあります。

こうした状況が、冬のインフルエンザ流行期に重なった場合、多数の発熱患者等が、医療機関へ受診すると想定されるため、診療・検査医療機関の更なる拡充を図ることが重要であると考えております。

つきましては、診療・検査医療機関の指定について、別添の送付資料を御確認いただき、指定を希望される場合は、下記の申請先まで申請していただきますようお願い申し上げます。

なお、現在、行政検査の委託契約を締結済みで、診療・検査医療機関の指定を受けていない医療機関におかれましては、かかりつけ患者のみを対応することであっても指定を受けることができますので、診療・検査医療機関の指定について、御検討いただきますようお願い申し上げます。

また、現在、福岡県診療・検査医療機関の指定を受けている医療機関におかれましては、送付資料（1）の「2 診療報酬上の特例及び補助事業について」を改めてご確認ください。

記

1 送付資料

- (1) 診療・検査医療機関の新規指定について
- (2) 診療・検査医療機関の指定の申請書（別添1）

【問い合わせ・申請先】

〒812-8577 福岡市博多区東公園7番7号
福岡県新型コロナウイルス感染症対策本部事務局
担 当：企画1班 神代、黒木
TEL：092-643-3609
FAX：092-643-3698
E-mail:corona-kikaku001@pref.fukuoka.lg.jp

福岡県診療・検査医療機関の新規指定について

県では、発熱の症状があるなど、新型コロナウイルスの感染疑いのある方が、かかりつけ医等の地域で身近な医療機関において適切に診療・検査を受けられるよう、発熱患者等の診療や検査を行う医療機関を「福岡県診療・検査医療機関」として、指定しています。

「福岡県診療・検査医療機関」の指定を希望される医療機関は、次のとおり申請してください。

1 指定の要件について

(1) 指定を受ける場合は以下の要件を満たす必要があります。

- ① 福岡県内に所在している医療機関であること。
- ② 発熱患者等が新型コロナウイルス感染症以外の疾患の患者と接触しないよう、可能な限り導線が分けられており、発熱患者等専用の診察室（時間的又は空間的分離を行うこと、プレハブ・簡易テント・駐車場等での診療含む）を設けること。
- ③ 医療従事者の十分な感染対策を行うなどの適切な感染対策が講じられていること。
- ④ 必要な検査体制が確保されていること（検査（検体採取）を地域外来・検査センター等に依頼する場合には、連携体制がとれていること）。
- ⑤ 検査を行う場合には、「新型コロナウイルス感染症にかかる行政検査の実施について」（令和2年3月4日付け健感発 0304 第5号）に基づき、県・保健所設置市（以下「県等」という。）と行政検査の委託契約を締結していること。
- ⑥ 自院のかかりつけ患者及び自院に相談のあった患者である発熱患者等のみを受け入れる場合は、院内掲示を行う等、自院のかかりつけ患者に対して、発熱等の症状が生じた場合には、電話で相談した上で、自院で診療・検査可能である旨を周知すること。
- ⑦ 診療・検査医療機関の管理者（代理の者）は、診療・検査体制を整備するに当たって必要な情報（診療・検査医療機関の名称や診療・検査の内容等）を県に報告し、県は、県等、保健所、地域の医療機関間等で情報共有すること。
- ⑧ ⑦で報告した範囲で、保健所や他の医療機関から案内を受けた患者の診療・検査の受入れ要請があった場合、又は患者から相談があった場合、原則速やかに患者の診療・検査を受け入れること。
- ⑨ 自院のかかりつけ患者及び自院に相談のあった患者である発熱患者等のみを受け入れる場合は、診療・検査医療機関の管理者（代理の者）は、かかりつけの患者に対して、院内掲示等を行う等により、予め自院での受入れ対象患者や対応時間等を示すこと。

- ⑩ 診療・検査医療機関は、自院を受診した患者が新型コロナウイルス感染症であった場合には、速やかに保健所に連絡し、患者の状態を伝える等、患者の療養先の検討に協力すること。また、自宅療養や自宅での待機を行っている患者に対するフォローアップについて、医学的知見に基づいた対応を行うため、可能な範囲で協力すること。
- ⑪ 診療・検査医療機関として指定されている期間中は、G-MIS に受診者数や検査数の入力を行うこと。ただし、G-MIS の ID 振り出しを国に要請している期間等、入力が困難な期間の分は、可能な範囲でさかのぼって入力を行うこと。
- ⑫ 診療・検査医療機関として指定されている期間中は、新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム（HER-SYS）に必要な情報の入力を行うこと。（なお、県から医療機関 ID が付与され、HER-SYS への入力・届出が可能となるまでは、この限りではない。）

（２） オンライン診療等について

施設の構造上、発熱患者を診療するための時間的・空間的分離（指定要件②）が困難であることを理由に診療・検査医療機関の指定を受けていない医療機関につきましては、オンライン診療等を活用することで時間的・空間的分離が可能ですので、改めて診療・検査医療機関の指定について御検討いただきたいと考えております。

2 診療報酬上の特例及び補助事業について

（１） 診療報酬上の特例について

① 外来診療の場合

診療・検査医療機関の指定を受け、県ホームページ上で公表した場合、その診療・検査時間内に、新型コロナウイルス感染症であることが疑われる患者に対し、必要な感染予防策を講じた上で外来診療を実施した場合、院内トリアージ実施料（300 点）に加えて、二類感染症患者入院診療加算（250 点）が算定可能です。

② 情報通信機器を用いた診療を行った場合

一定の施設基準を満たすものとして地方厚生（支）局に届出を行った保険医療機関において、情報通信機器を用いた初診を行った場合は、初診料として 251 点を算定可能です。

なお、当該施設基準の届出を行っていない保険医療機関においても、電話や情報通信機器を用いた診療を行った場合にあっては、コロナ特例による 214 点が引き続き算定可能です。

さらに、県ホームページ上で公表されている診療・検査医療機関が、自宅・宿泊療養者のうち重症化リスクの高い者に対する電話等初再診をおこなった場合、特例的な加算（250 点→397 点）が算定可

※①、②の算定については、令和 4 年 9 月 30 日まで算定可能です。10 月以降の対応については現在未定ですので、厚生労働省から延長の連絡があり次第、改めて、通知いたします。

(2) 「福岡県帰国者・接触者外来等設備整備事業費補助金」について

福岡県診療・検査医療機関の指定を新たに受けた場合、新型コロナウイルス感染症の疑い患者を診療するために必要な个人防护服等の購入費用に対する補助事業があります。事業概要については以下のURLからご確認ください。

※当該補助金の交付対象期間は、令和4年9月30日までとされておりましたが、厚生労働省から10月以降も当面継続する方針が示されました。

補助金の申請案内は、継続期間等の詳細が示され次第、別途通知いたします。

【URL】

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/shinryo-kensa.html>

【当該事業に関するお問い合わせ先】

福岡県新型コロナウイルス感染症対策本部事務局 事業第2班

TEL：092-643-3344

3 申請について

(1) 申請の流れ

- ① 医療機関は、指定の要件を満たしていることを確認の上、「福岡県診療・検査医療機関の指定の申請書」（別添1）を県に提出。
- ② 県において申請内容を確認し、適当と認める場合、「福岡県診療・検査医療機関」として、指定した上で、書面にて通知。

(2) 申請方法

FAX、メール又は郵送で以下の提出先まで提出をお願いします。

【提出先】

(FAXの場合)

FAX：092-643-3698

(メールの場合)

Email：corona-kikaku001@pref.fukuoka.lg.jp

(郵送の場合)

〒812-8577

福岡県福岡市博多区東公園7-7

福岡県新型コロナウイルス感染症対策本部事務局 企画1班 宛

4 留意事項

(1) 行政検査の委託契約について

診療だけでなく、検査も実施する場合は、県又は保健所設置市（北九州市・福岡市・久留米市）と行政検査の委託契約を締結する必要があります。

※委託契約の手続きについては、以下までそれぞれお問い合わせください。

① 医師会に加入している場合

県医師会又は各地域の郡市医師会までお問い合わせください。

② 医師会未加入の場合

ア 福岡市内の医療機関

福岡市新型コロナウイルス感染症対策担当（０９２－７１１－４７５０）までお問合せください。

イ 北九州市内の医療機関

北九州市感染症医療政策課（０９３－５８２－２４３０）までお問合せください。

ウ 久留米市内の医療機関

久留米市の保健所（０９４２－３０－９３４７）へお問い合わせください。

エ 福岡市・北九州市・久留米市以外の医療機関

福岡県新型コロナウイルス感染症対策本部事務局 企画１班（０９２－６４３－３６０９）までお問い合わせください。

診療・検査医療機関の指定の申請書

I 申請者

- ① 医療機関名 _____
- ② 郵便番号 _____
- ③ 住所 _____
- ④ 電話番号 _____
- ⑤ 保険医療機関番号 _____
- ⑥ 代表者氏名 _____
- ⑦ 担当部署・氏名 _____
- ⑧ メールアドレス _____
- ⑨ FAX番号 _____
- ⑩ 医師会加入（いずれかにチェック）：加入 未加入

II 診療・検査の対応内容

1 診療・検査対象（該当するものに○）

(1) 小児対応の可否

小児対応の可否	<input type="checkbox"/>	※ここでの小児は6歳未満の子とします。
---------	--------------------------	---------------------

(2) 診療・検査対象となる患者の種類 ※県、保健所設置市のコールセンター及び保健所

受診・相談センター※や他の医療機関から案内を受けた患者	<input type="checkbox"/>
自院のかかりつけ患者、自院に相談があった患者	<input type="checkbox"/>
濃厚接触者	<input type="checkbox"/>
薬局で購入した医療用抗原検査キットや薬局の無料検査等で陽性となり、受診・相談センター※へ相談があった患者	<input type="checkbox"/>

2 対応できる外国語 (_____)

3 実施内容（該当するものに○）

(1) 検査内容

診療（必須）	<input type="radio"/>				
PCR検査	<input type="checkbox"/>	抗原定量検査	<input type="checkbox"/>	抗原定性検査	<input type="checkbox"/>

(2) 経口抗ウイルス薬の投与の可否

経口抗ウイルス薬の投与の可否	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------

※経口抗ウイルス薬（ラゲブリオ又はパキロビッド）の投与を行っている場合は、上欄に○を記載してください。

4 診療・検査対応時間 ※時間帯を記入してください（例 9～12:30）

曜日		月	火	水	木	金	土	日
診療時間	午前							
	午後							

Ⅲ 県ホームページへの公表

1 公表が可能な場合は、下欄に○を記載してください。

一部の医療機関への患者の集中を防ぎ、発熱患者等がより円滑に医療機関を受診できるように、原則公表とします。どうしても難しい場合を除き、御協力ください。

県ホームページでの公表可	
--------------	--

2 公表にあたっての特記事項

(1) かかりつけ患者のみ対応可能な場合は、下欄に○を記載してください。

かかりつけ患者のみ対応可	
--------------	--

(2) その他の特記事項がある場合は、下欄に記載してください。

特記事項	
------	--

※受診前に必ず電話相談することについては全ての医療機関に共通することから、下記イメージのとおり記載していますので、それ以外の特記事項があれば記載してください。

3 どうしても公表が難しい場合は、下欄に○を記載してください。

県ホームページでの公表不可	
---------------	--

※公表の可否は、診療・検査医療機関の指定に影響ありません。
 ※公表不可の場合でも、関係者（県等、保健所、医師会、地域の医療機関ほか必要と認められる機関）内で情報共有させていただきます。

また、今後の参考とするため、差し支えなければ、理由を記載してください。

公表不可の理由	
---------	--

<参考：公表イメージ>

■福岡県診療・検査医療機関（公表の承諾を得た医療機関のみ）

令和04年09月08日時点

★★★受診前に必ず電話相談をしてください★★★

(※1)「かかりつけ患者のみ対応」の欄が○の場合、かかりつけ患者の方以外の当該病院に対するお問い合わせは、ご連絡いただけますようお願いいたします。

(※2)「小児対応」の欄が○の場合は、6歳未満のお子様の対応が可能な医療機関です。

(※3)「陽性疑い者の確定診断」の欄が○の場合は、薬局で購入した抗原検査キットの検査結果が陽性であった方や薬局等での無料検査で陽性であった方への対応が可能な医療機関です。

(※4) 経口抗ウイルス薬とは、重症化を防ぐお薬です。陽性と判明された後、医師の判断によって処方されます。

市町村	医療機関名	住所	電話番号	診療	検査	かかりつけのみ対応(※1)	小児対応(※2)	陽性疑い者の確定診断(※3)	経口抗ウイルス薬の投与の可否(※4)	診療時間		患者向け特記事項	対応可能な外国語	
										曜日	午前			午後
福岡市	【例】○○医院	福岡県福岡市○○	○○○-○○○-○○○○	○			○	○	○	月	9:00~12:00	12:30~17:00		英語
										火	9:00~12:00	12:30~17:00		
										水	9:00~12:00	12:00~13:00		
										木	9:00~12:00	12:30~17:00		
										金	9:00~12:00	12:30~17:00		
										土	9:00~12:00			
										日				
北九州市	【例】○○クリニック	福岡県北九州市○○	○○○-○○○-○○○○	○	○	○	○			月	9:00~12:00	14:00~17:00	予約制	
										火	9:00~12:00	14:00~17:00		
										水	9:00~12:00	14:00~17:00		
										木				
										金	9:00~12:00	14:00~17:00		
										土	9:00~12:00			
										日				

Ⅳ 指定要件の確認（該当する場合、下の□にチェック）

別紙の指定要件を確認し、すべて満たしていることを確認しました。 □

(指定要件)

1	発熱患者等が新型コロナウイルス感染症以外の疾患の患者と接触しないよう、可能な限り導線が分けられており、発熱患者等専用の診察室（時間的又は空間的分離を行うこと、プレハブ・簡易テント・駐車場等での診療含む）を設けること。
2	医療従事者の十分な感染対策を行うなどの適切な感染対策が講じられていること。
3	必要な検査体制が確保されていること（検査（検体採取）を地域外来・検査センター等に依頼する場合には、連携体制がとれていること）。
4	検査を行う場合には、「新型コロナウイルス感染症にかかる行政検査の実施について」（令和2年3月4日付け健感発0304第5号）に基づき、県・保健所設置市（以下「県等」という。）と行政検査の委託契約を締結していること。
5	自院のかかりつけ患者及び自院に相談のあった患者である発熱患者等のみを受け入れる場合は、院内掲示を行う等、自院のかかりつけ患者に対して、発熱等の症状が生じた場合には、電話で相談した上で、自院で診療・検査可能である旨を周知すること。
6	診療・検査医療機関の管理者（代理の者）は、診療・検査体制を整備するに当たって必要な情報（診療・検査医療機関の名称や診療・検査の内容等）を県に報告し、県は、県等、保健所、地域の医療機関間等で情報共有すること
7	6で報告した範囲で、保健所や他の医療機関から案内を受けた患者の診療・検査の受入れ要請があった場合、又は患者から相談があった場合、原則速やかに患者の診療・検査を受け入れること。
8	自院のかかりつけ患者及び自院に相談のあった患者である発熱患者等のみを受け入れる場合は、診療・検査医療機関の管理者（代理の者）は、かかりつけの患者に対して、院内掲示等を行う等により、予め自院での受入れ対象患者や対応時間等を示すこと。
9	診療・検査医療機関は、自院を受診した患者が新型コロナウイルス感染症であった場合には、速やかに保健所に連絡し、患者の状態を伝える等、患者の療養先の検討に協力すること。また、自宅療養や自宅での待機を行っている患者に対するフォローアップについて、医学的知見に基づいた対応を行うため、可能な範囲で協力すること。
10	診療・検査医療機関として指定されている期間中は、G-MISに受診者数や検査数の入力を行うこと。ただし、G-MISのID振り出しを国に要請している期間等、入力が困難な期間の分は、可能な範囲でさかのぼって入力を行うこと。
11	診療・検査医療機関として指定されている期間中は、新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム（HER-SYS）に必要な情報の入力を行うこと。（なお、県から医療機関IDが付与され、HER-SYSへの入力・届出が可能となるまでは、この限りではない。）

【提出先】

(郵送の場合)

〒812-8577（福岡県福岡市博多区東公園7-7）

福岡県新型コロナウイルス感染症対策本部事務局 企画1班

(メール・FAXの場合)

E-mail : corona-kikaku001@pref.fukuoka.lg.jp

FAX : 092-643-3698

※本ページ（3ページ）の提出は不要です。

※申請書の提出後、福岡県診療・検査医療機関の指定及び県ホームページへの掲載には日数を要しますので、予め御了承ください。

診療・検査医療機関の指定の申請書

I 申請者

- ① 医療機関名 _____
- ② 郵便番号 _____
- ③ 住所 _____
- ④ 電話番号 _____
- ⑤ 保険医療機関番号 _____
- ⑥ 代表者氏名 _____
- ⑦ 担当部署・氏名 _____
- ⑧ メールアドレス _____
- ⑨ FAX番号 _____
- ⑩ 医師会加入（いずれかにチェック）：加入 未加入

II 診療・検査の対応内容

1 診療・検査対象（該当するものに○）

(1) 小児対応の可否

小児対応の可否	<input type="checkbox"/>	※ここでの小児は6歳未満の子とします。
---------	--------------------------	---------------------

(2) 診療・検査対象となる患者の種類 ※県、保健所設置市のコールセンター及び保健所

受診・相談センター※や他の医療機関から案内を受けた患者	<input type="checkbox"/>
自院のかかりつけ患者、自院に相談があった患者	<input type="checkbox"/>
濃厚接触者	<input type="checkbox"/>
薬局で購入した医療用抗原検査キットや薬局の無料検査等で陽性となり、受診・相談センター※へ相談があった患者	<input type="checkbox"/>

2 対応できる外国語 (_____)

3 実施内容（該当するものに○）

(1) 検査内容

診療（必須）	<input type="radio"/>				
PCR検査	<input type="checkbox"/>	抗原定量検査	<input type="checkbox"/>	抗原定性検査	<input type="checkbox"/>

(2) 経口抗ウイルス薬の投与の可否

経口抗ウイルス薬の投与の可否	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------

※経口抗ウイルス薬（ラゲブリオ又はパキロビッド）の投与を行っている場合は、上欄に○を記載してください。

4 診療・検査対応時間 ※時間帯を記入してください（例 9～12:30）

曜日		月	火	水	木	金	土	日
診療 時間	午前							
	午後							

Ⅲ 県ホームページへの公表

1 公表が可能な場合は、下欄に○を記載してください。

一部の医療機関への患者の集中を防ぎ、発熱患者等がより円滑に医療機関を受診できるよう、原則公表とします。どうしても難しい場合を除き、御協力ください。

県ホームページでの公表可	
--------------	--

2 公表にあたっての特記事項

(1) かかりつけ患者のみ対応可能な場合は、下欄に○を記載してください。

かかりつけ患者のみ対応可	
--------------	--

(2) その他の特記事項がある場合は、下欄に記載してください。

特記事項	
------	--

※受診前に必ず電話相談することについては全ての医療機関に共通することから、下記イメージのとおり記載していますので、それ以外の特記事項があれば記載してください。

3 どうしても公表が難しい場合は、下欄に○を記載してください。

県ホームページでの公表不可	
---------------	--

※公表の可否は、診療・検査医療機関の指定に影響ありません。
 ※公表不可の場合でも、関係者（県等、保健所、医師会、地域の医療機関ほか必要と認められる機関）内で情報共有させていただきます。

また、今後の参考とするため、差し支えなければ、理由を記載してください。

公表不可の理由	
---------	--

<参考：公表イメージ>

■福岡県診療・検査医療機関（公表の承諾を得た医療機関のみ）

令和04年09月08日時点

★★★受診前に必ず電話相談をしてください★★★

(※1)「かかりつけ患者のみ対応」の欄が○の場合、かかりつけ患者の方以外の当該病院に対するお問い合わせは、ご遠慮いただきますようお願いいたします。

(※2)「小児対応」の欄が○の場合は、6歳未満のお子様への対応が可能な医療機関です。

(※3)「陽性疑い者の確定診断」の欄が○の場合は、薬局で購入した抗原検査キットの検査結果が陽性であった方や薬局等での無料検査で陽性であった方への対応が可能な医療機関です。

(※4)経口抗ウイルス薬とは、重症化を防ぐお薬です。陽性と判明された後、医師の判断によって処方されます。

市町村	医療機関名	住所	電話番号	診療	検査	かかりつけのみ対応(※1)	小児対応(※2)	陽性疑い者の確定診断(※3)	経口抗ウイルス薬の投与の可否(※4)	診療時間		患者向け特記事項	対応可能な外国語	
										曜日	午前			午後
福岡市	【例】〇〇病院	福岡県福岡市〇〇	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	○			○	○	○	月	9:00~12:00	12:30~17:00		英語
										火	9:00~12:00	12:30~17:00		
										水	9:00~12:00	12:00~13:00		
										木	9:00~12:00	12:30~17:00		
										金	9:00~12:00	12:30~17:00		
										土	9:00~12:00			
										日				
北九州市	【例】〇〇クリニック	福岡県北九州市〇〇	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	○	○	○	○			月	9:00~12:00	14:00~17:00	予約制	
										火	9:00~12:00	14:00~17:00		
										水	9:00~12:00	14:00~17:00		
										木				
										金	9:00~12:00	14:00~17:00		
										土	9:00~12:00			
										日				

Ⅳ 指定要件の確認（該当する場合、下の□にチェック）

別紙の指定要件を確認し、すべて満たしていることを確認しました。 □

(指定要件)

1	発熱患者等が新型コロナウイルス感染症以外の疾患の患者と接触しないよう、可能な限り導線が分けられており、発熱患者等専用の診察室（時間的又は空間的分離を行うこと、プレハブ・簡易テント・駐車場等での診療含む）を設けること。
2	医療従事者の十分な感染対策を行うなどの適切な感染対策が講じられていること。
3	必要な検査体制が確保されていること（検査（検体採取）を地域外来・検査センター等に依頼する場合には、連携体制がとれていること）。
4	検査を行う場合には、「新型コロナウイルス感染症にかかる行政検査の実施について」（令和2年3月4日付け健感発0304第5号）に基づき、県・保健所設置市（以下「県等」という。）と行政検査の委託契約を締結していること。
5	自院のかかりつけ患者及び自院に相談のあった患者である発熱患者等のみを受け入れる場合は、院内掲示を行う等、自院のかかりつけ患者に対して、発熱等の症状が生じた場合には、電話で相談した上で、自院で診療・検査可能である旨を周知すること。
6	診療・検査医療機関の管理者（代理の者）は、診療・検査体制を整備するに当たって必要な情報（診療・検査医療機関の名称や診療・検査の内容等）を県に報告し、県は、県等、保健所、地域の医療機関間等で情報共有すること
7	6で報告した範囲で、保健所や他の医療機関から案内を受けた患者の診療・検査の受入れ要請があった場合、又は患者から相談があった場合、原則速やかに患者の診療・検査を受け入れること。
8	自院のかかりつけ患者及び自院に相談のあった患者である発熱患者等のみを受け入れる場合は、診療・検査医療機関の管理者（代理の者）は、かかりつけの患者に対して、院内掲示等を行う等により、予め自院での受入れ対象患者や対応時間等を示すこと。
9	診療・検査医療機関は、自院を受診した患者が新型コロナウイルス感染症であった場合には、速やかに保健所に連絡し、患者の状態を伝える等、患者の療養先の検討に協力すること。また、自宅療養や自宅での待機を行っている患者に対するフォローアップについて、医学的知見に基づいた対応を行うため、可能な範囲で協力すること。
10	診療・検査医療機関として指定されている期間中は、G-MISに受診者数や検査数の入力を行うこと。ただし、G-MISのID振り出しを国に要請している期間等、入力が困難な期間の分は、可能な範囲でさかのぼって入力を行うこと。
11	診療・検査医療機関として指定されている期間中は、新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム（HER-SYS）に必要な情報の入力を行うこと。（なお、県から医療機関IDが付与され、HER-SYSへの入力・届出が可能となるまでは、この限りではない。）

【提出先】

(郵送の場合)

〒812-8577（福岡県福岡市博多区東公園7-7）

福岡県新型コロナウイルス感染症対策本部事務局 企画1班

(メール・FAXの場合)

E-mail : corona-kikaku001@pref.fukuoka.lg.jp

FAX : 092-643-3698

※本ページ（3ページ）の提出は不要です。

※申請書の提出後、福岡県診療・検査医療機関の指定及び県ホームページへの掲載には日数を要しますので、予め御了承ください。