

診療・検査医療機関登録申請項目

東京都ホームページに掲載されている申請サイトにて、以下の項目を入力して申請してください。

1. 基本情報

申請年月日	令和 年 月 日					
医療機関の名称						
医療機関の郵便番号・住所	〒					
医療機関の電話番号						
保険医療機関番号 ※半角数字のみで入力してください（ハイフン等の記号なし）。地域外来・検査センターで保険医療機関番号を有していない場合等は「-」を入力してください。						
医師会に加盟している場合は加盟医師会 ※地区医師会の名称を記載してください。						
(担当者の所属及び) 氏名	所属		氏名			
(担当部署) 電話番号						
(担当部署) メールアドレス						
実施内容 ※該当番号を選択してください。（複数回答可） 指定を受けるには、1の選択は必須です。コロナ検査を実施する場合は2も選択してください。検査を実施する場合は、検査方法及び取扱検体を選択してください。（複数回答可）	1. 発熱患者を診療 2. コロナ検査を実施 （検査方法：ア.PCR検査 イ.抗原定量検査 ウ.抗原定性検査（簡易キット）） （取扱検体：ア.鼻咽頭 イ.鼻腔 ウ.唾液 エ.その他）					
コロナ検査について、東京都との行政検査の契約締結状況 ※現在の契約締結状況を選択してください（集合契約を含む）。	1. 締結済 2. 未締結					
コロナ検査について、都への登録状況 ※該当番号を選択の上、有の場合どちらかを選択してください。	1. 有（ア.東京都感染症診療協力医療機関 イ.帰国者・接触者外来と同様の機能を有する医療機関） 2. 無					
インフルエンザ検査実施の有無 ※該当番号を選択の上、有の場合は検査方法を選択してください。（複数回答可）	1. 有（検査方法：ア.鼻咽頭スワブ イ.鼻かみ液） 2. 無					
対象者 ※受診・相談センターや地域の相談対応医療機関からの紹介患者、自院のかかりつけ患者、濃厚接触者の各々について対応するものを選択してください。（複数回答可）	1. 自院患者に加え、相談センター等からの紹介患者 2. 自院患者のみ 3. 濃厚接触者（COCOA等）					
新型コロナウイルス接触確認アプリ（COCOA）で濃厚接触者と判定された方の診療・検査の対応の可否	1. 対応可 2. 対応不可					
発熱患者専用の診療・検査時間 曜日ごとの稼働時間 ※合計欄に曜日ごとの1日あたりの稼働時間を0～24の数字で記入してください。（診療・検査の稼働時間が同一ではない場合は、いずれかが稼働している時間の合計を入力してください。） ※1日あたりの対応可能患者数を入力してください。	曜日	午前	午後	合計		
	月	午前〇時から〇時	午後〇時から〇時	時間		人
	火	午前〇時から〇時	午後〇時から〇時	時間		人
	水	午前〇時から〇時	午後〇時から〇時	時間		人
	木	午前〇時から〇時	午後〇時から〇時	時間		人
	金	午前〇時から〇時	午後〇時から〇時	時間		人
	土	午前〇時から〇時	午後〇時から〇時	時間		人
	日	午前〇時から〇時	午後〇時から〇時	時間		人
対応できる外国語（任意）						
備考（申請時は空欄） ※報告内容に変更が生じた場合、変更した箇所を入力するとともに、変更した日を備考欄に入力してください。						

2. 指定要件について：以下○を満たす必要があります。対応できていることを確認して「○」を入力してください。（4, 5は該当する場合のみ）

施設要件 ※確認の上、○を入力してください。指定を受けるには、右の要件が確保されている必要があります。	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、可能な限り動線が分けられていること。	
	2. 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）。	
	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. 検査を行う場合には、都と行政検査の委託契約を締結していること。（今後締結予定の場合も含む）	
	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。	

3. 公表について

診療・検査医療機関の情報は公表を予定していませんが、国に自治体のホームページでの公表の可否を回答する必要がありますので、該当の番号を選択してください。（形式的な調査項目であり、「1. 公表可」を選択された場合でも、都がホームページ上で公表することはありません。）

1. 公表可 2. 公表不可

4. 個人防護具の配布希望について

診療・検査医療機関に対して国から個人防護具が配布されます。各品目の配布希望の有無について選択してください。
 ※1回目：10月19日までに申請いただいた医療機関については、12月下旬までに直送予定。規格、サイズ、数量の指定はできません。

- | | | |
|-------------|---------|----------|
| サージカルマスク | 1. 希望する | 2. 希望しない |
| 非滅菌手袋 | 1. 希望する | 2. 希望しない |
| アイソレーションガウン | 1. 希望する | 2. 希望しない |
| フェイスシールド | 1. 希望する | 2. 希望しない |

（参考）呼吸器症状を呈する外来患者に対する個人防護具使用の推奨（医療従事者（検体採取））（一般社団法人日本感染症学会提言「今冬のインフルエンザとCOVID-19に備えて」から抜粋）

- ・唾液検体を回収する場合：サージカルマスク、手袋、
- ・上気道検体採取を実施する場合：サージカルマスク、手袋、アイガード(フェイスシールド等)、ガウン