別紙様式第1号

新型コロナウイルス感染症が疑われる患者の受入れに関する確認表

《1》医療機関名

|  |
| --- |
|  |

《2》所在地住所

|  |
| --- |
|  |

《3》医療機関の指定等状況（下表右欄に○・×を記入）

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 救命救急センター／二次救急医療機関／精神科救急医療機関である
 |  |
| 1. 総合周産期母子医療センター／地域周産期母子医療センターである
 |  |
| 1. 小児中核病院／小児地域医療センター／小児地域支援病院である
 |  |

《4》許可病床数（床）

|  |
| --- |
|  |

《5》患者受入れ体制について（下表右欄に○・×を記入）

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **「疑い患者」**の日中（診療時間内）の受入れ
 |  |
| 1. **「疑い患者」**の時間外（休日・夜間含む）の受入れ
 |  |
| 1. **「疑い患者」**の必要に応じた入院診療
 |  |
| 1. **「確定陽性患者」**の入院診療
 |  |

《６》患者受入れ実績について（下表右欄に〇・×を記入）

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 令和２年度以降、**「疑い患者」**の受入れ実績がある
 |  |

【留意事項】

・本確認表に入力した情報をもとに、「新型コロナウイルス感染症を疑う患者を診療する医療機関」のリストを県が作成し、県内保健所及び消防機関と情報共有します。

・上記表《5》の各項目は、あくまで本補助金の交付手続き上の確認及び関係機関との情報共有のためのものであり、実際の搬送受入れにあたっては、患者の個別状況、県内における流行状況、地域の医療機関の状況等を踏まえ調整します。