

外来対応医療機関 実績報告

| | |
|-----------|--|
| 診療所名 | |
| 担当者名 | |
| 電話番号 | |
| 保険医療機関コード | |

※翌日13時までに送付

送付先

群馬県健康福祉部感染症・がん疾病対策課
E-mail shingata-influenza@pref.gunma.lg.jp
FAX 027-223-7950

日次報告

| 日付 | 曜日 | 開設時間内における発熱患者等の数 (※1) | 新型コロナ検体採取総人数 (※2) | 自院で入院調整を行った件数 (※3) |
|-----|----|--------------------------|----------------------|-----------------------|
| 月 日 | | 人 | 人 | 件 |

(記入要領)

- ※1 開設時間内における発熱患者等の数
発熱の有無に関わらず、症状から新型コロナウイルスへの感染を疑い診療した場合に計上してください。
- ※2 新型コロナ検体採取総人数
同一人について異なる検査や同じ検査のために複数回検体を採取した場合でも1カウントとしてください。
- ※3 自院で入院調整を行った件数
自院から他院へ入院調整を行った件数を計上してください。

この欄は原則、使用しません。

※物資の緊急配布を希望する場合のみ記入してFAXで送付してください。

医療用物資の緊急配布要請

| 物資種別 | 前日時点 在庫数 | 在庫見通し | | | 今後1週間あたりの想定消費量 | 今後1週間の購入見込み量 | 緊急配布要請 SOS |
|-------------|-------------|-------|-------|-------|----------------|--------------|---------------|
| | | 1週間以内 | 2～3週間 | 1か月以上 | | | |
| サージカルマスク | | | | | | | 枚 |
| フェイスシールド | | | | | | | 枚 |
| アイソレーションガウン | | | | | | | 枚 |
| 非滅菌手袋 | | | | | | | 枚 |

(記入要領)

↑それぞれに○印

- 1 医療用物資が不足し、発注したが間に合わない場合にのみ緊急配布要請が可能です。
- 2 在庫見通しが3週間以内で、物資の緊急配布を要請する場合はSOS欄に枚数を記入してください。
なお、要請できる数量上限は以下のとおりです。

・サージカルマスク 120 枚
・フェイスシールド 16 枚
・アイソレーションガウン 72 枚
・非滅菌手袋 1,140 双(2,280枚)