



福岡県医発第 3608 号(地)

令和 4 年 3 月 25 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

福岡県診療・検査医療機関の指定申請書及び変更届の様式変更について

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

本県における診療・検査医療機関の公表については、令和 4 年 3 月 11 日付福岡県医発第 3465 号（地）をもって貴会宛てにご連絡しているところです。

これに伴い、今般、福岡県保健医療介護部にて、別添のとおり指定申請書及び変更届の様式を変更した旨、連絡がありました。

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お願いいたします。

小郡三井医師会より

感染症対策担当理事 橋本朋也
会長 島田昇二郎

公印省略

3 疾病第 1 4 9 4 9 号

令和 4 年 3 月 2 2 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)

福岡県診療・検査医療機関の指定申請書及び変更届の様式変更について

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

さて、令和 4 年 3 月 1 1 日付 3 疾病第 1 4 3 7 6 号にて、原則として全ての診療・検査医療機関を県ホームページ上で公表することとしたところです。

これに伴い、指定申請書及び変更届の様式を別添のとおり変更しましたので、各都市区医師会へ対して御周知いただきますようお願い申し上げます。

福岡県新型コロナウイルス感染症対策本部事務局 企画班

TEL : 092-643-3609

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

診療・検査医療機関の指定の申請書

1 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 担当部署メールアドレス _____
 ⑨ F A X 番号 _____
 ⑩ 医師会加入（いずれかにチェック）：☐加入 ☐未加入

2 診療・検査の対応内容

（1）診療・検査対象となる患者（該当するものに○）

①	受診・相談センター（県、保健所設置市のコールセンター及び保健所）や他の医療機関から案内を受けた患者	
②	自院のかかりつけ患者、自院に相談があった患者	
③	濃厚接触者	
④	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	

（2）対応できる外国語（ ）

（3）実施内容

診療（必須）	○
検査（PCR 検査）	
検査（抗原定量検査）	
検査（抗原定性検査）	

（4）診療・検査対応時間 ※○×ではなく、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						

3 県ホームページへの公表の可否について

別紙の「公表に係る回答書」を御記入の上、本申請書と併せて御提出ください。

※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。

〔 ・ 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。 〕

4 指定要件の確認（該当する場合、下の□にチェック）

裏面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 企画班

（メールの場合）

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

診療・検査医療機関の公表に係る回答書

1 医療機関名等を下欄に記載してください。

医療機関名	
電話番号	
部署・氏名	

2 公表が可能な場合は、下欄に○を記載してください。

※原則公表としますので、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	
--------------	--

※公表にあたって特記事項がある場合は（１）（２）に記載してください。

（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。

＜県ホームページ上での公表イメージ＞ ※公表可の場合、下記イメージの項目を公表

■福岡県診療・検査医療機関										令和04年●月●日時点	
☆☆☆受診前に必ず電話相談をしてください☆☆☆											
(※) 薬局購入の医療用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											
管轄 保健所	管理NO	地域	市町村	医療機関名	住所	電話番号	診療	検査	陽性疑い者の 確定診断 (※)	患者向け特記事項	対応できる 外国語
北九州	●	北九州	北九州市	●●クリニック	北九州市●●●	093-●●●-●●●	○	○	○		
福岡	●	福岡	福岡市	●●診療所	福岡市●●●	092-●●●-●●●	○			かかりつけ患者のみ対応可	英語

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

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	
---------	--

福岡県診療・検査医療機関の指定に係る申請内容の変更届

※以下の1～5について、全て記載してください。

※公表の可否のみ変更の場合は、別紙「公表に係る回答書」のみ提出してください
(本変更届の提出は不要です)

1 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 担当部署メールアドレス : _____
 ⑨ F A X 番号 : _____

2 診療・検査の対応内容

(1) 診療・検査対象となる患者 (該当するものに○)

- | | | |
|---|--|--|
| ① | 受診・相談センター（県、保健所設置市のコールセンター及び保健所）や他の医療機関から案内を受けた患者 | |
| ② | 自院のかかりつけ患者、自院に相談があった患者 | |
| ③ | 濃厚接触者 | |
| ④ | 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 | |

(2) 対応できる外国語 ()

(3) 実施内容

診療（必須）	○
検査（PCR 検査）	
検査（抗原定量検査）	
検査（抗原定性検査）	

(4) 診療・検査対応時間 ※○×ではなく、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							

3 「2 診療・検査の対応内容」の変更日：令和 年 月 日

4 県ホームページへの公表の可否について

変更がある場合は、別紙の「公表に係る回答書」を御提出ください。

※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。

〔 ・ 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。 〕

5 指定要件の確認（該当する場合、下の□にチェック）

裏面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 企画班

（メールの場合）

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

診療・検査医療機関の公表に係る回答書

1 医療機関名等を下欄に記載してください。

医療機関名	
電話番号	
部署・氏名	

2 公表が可能な場合は、下欄に○を記載してください。

※原則公表としますので、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	
--------------	--

※公表にあたって特記事項がある場合は（１）（２）に記載してください。

（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。

＜県ホームページ上での公表イメージ＞ ※公表可の場合、下記イメージの項目を公表

■福岡県診療・検査医療機関											令和04年●月●日時点
★☆☆受診前に必ず電話相談をしてください★☆☆											
(※) 薬局購入の医療用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											
管轄 保健所	管理NO	地域	市町村	医療機関名	住所	電話番号	診療	検査	陽性疑い者の 確定診断 (※)	患者向け特記事項	対応できる 外国語
北九州	●	北九州	北九州市	●●クリニック	北九州市●●●	093-●●●-●●●	○	○	○		
福岡	●	福岡	福岡市	●●診療所	福岡市●●●	092-●●●-●●●	○			かかりつけ患者のみ対応可	英語

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

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	
---------	--