

**提出先** 岡山県健康推進課感染症対策班 FAX：086-225-7283

E-mail：kansen@pref.okayama.lg.jp

提出期限：令和2年5月12日（火）

## 新型コロナウイルス感染症対策設備整備計画調査票

医療機関名	
医療機関所在地	
担当者所属・氏名	
連絡先電話番号	
e-mail	

### 1 調査の目的等

調査の目的等をご理解の上、ご記入をお願いします。

また、院内でよくご相談された上でご回答ください。

- ・この調査は、「新型コロナウイルス感染症対策のために設備整備を行う医療機関への県補助事業」の参考とするために行うものです。
- ・本調査において整備計画の意向があった医療機関については、計画書の提出等の手続きについて、別途連絡いたします。
- ・当該補助を受けた医療機関は、本県の要請に応じて新型コロナウイルス感染症患者等への医療提供や検査に協力していただくこととなりますので、予めご了承ください。

2 新型コロナウイルス感染症患者の受入等に関して、対応可能なものに○を付してください。また、イ 入院医療機関に○をされた場合には確保病床数（予定を含む。）を、ウ 検査に○をされた場合は検査方法に○を付してください。（該当するもの全てに○を付してください。）

( ) ア 帰国者・接触者外来

( ) イ 新型コロナウイルス感染症患者等入院医療 ( ) 床)

( ) ウ 新型コロナウイルス感染症の検査

(検査方法：( ) リアルタイムPCR、( ) LAMP法)

※民間検査機関への委託による検査ではなく、自院で検査を行うものに限る。

### 3 整備計画について

整備する計画（又は4月1日以降に整備した計画）を下表にご記入ください。

ただし、上記2において、いずれかに○を付した場合に限ります。

事業区分	設備種目	規格（単価）	数量	整備費（見込額） （税込み 単位：円）	整備予定時期
2	⑤	△△△（□□円）	1	〇〇〇円	R2.O.O

※事業区分及び設備種目は下表の番号を記入してください。

※整備費については、見積書が間に合わない場合は見込額を記入してください。

<補助概要（予定）>

事業区分 （対象機関）	設備種目
1 帰国者・接触者外来等設備整備事業  （帰国者・接触者外来等。上記2アに○を付した機関）	① HEPA フィルター付空気清浄機 ② HEPA フィルター付パーティション ③ 個人防護具（マスク、ゴーグル、ガウン、グローブ、キャップ、フェイスシールド） ④ 簡易ベッド ⑤ 簡易診療室及び付帯する備品
2 新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関設備整備事業  （新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関。上記2イに○を付した機関）	① 人工呼吸器及び付帯する備品 ② 個人防護具（マスク、ゴーグル、ガウン、グローブ、キャップ、フェイスシールド） ③ 簡易陰圧装置 ④ 簡易ベッド ⑤ 体外式模型人工肺及び付帯する備品 ⑥ 簡易病室及び付帯する備品
3 感染症検査機関等設備整備事業  （新型コロナウイルス感染症の検査を実施する機関。上記2ウに○を付した機関）	① 次世代シーケンサー ② リアルタイムPCR装置 ③ 等温遺伝子増幅装置

（注意事項）

当該補助事業は、国の補正予算の活用を予定しており、基本的には国と県とで定額補助（基準上限額までは全額負担）となることを想定していますが、現時点で国の交付要綱が示されていないため、負担割合や補助対象となる設備等については確定したものではありません。

調査にご協力いただき、ありがとうございました。