

(参考)

別添

**COVID-19対策**  
都道府県内の医療機関状況  
モニタリング基盤（仮称）について  
**【調査ご協力のお願い】**

令和2年3月26日（木）

内閣官房IT総合戦略室  
厚生労働省

# 調査について

- 本調査は、新型コロナウイルス感染症の拡大状況にかんがみ、国において、全国の医療機関の医療提供体制の現状等を把握し、都道府県等に共有する目的で行うものです。
- 厚生労働省・内閣官房の委託による「医療機関調査事務局」から、各病院への直接の調査を行います。
- 調査手法は、集計の容易さの観点から、以下の順位で選択いただきます。
  - Webフォームへの入力（インターネット接続環境のある病院）【推奨】
  - Fax（インターネット接続環境ない場合、推奨）
  - 電話
- 入力マニュアルについては、別途郵送にて送付いたします。

# 調査の準備

「医療機関 窓口調査シート」  
に、各医療機関の御担当の連絡  
先と、調査手法を記入、直ちに  
返送ください。

| 重要  |   | 厚生労働省・内閣官房IT総合戦略室 医療機関調査事務局<br>医療機関 窓口調査シート                         |  |
|---|---|---|--|
| ※以下の情報をご記入の上、WEBフォームまたはFAXにてご返送ください。<br>※本シートのご提出は調査初回のみです。 |   | 回答期限 : 3/27(金)13:00   |  |
| 記入日時  | 月 日 時頃  |   |  |
| 医療機関名   |   | 医療機関ID:   |  |
| <b>&lt;非公開情報&gt; ※ただし行政間、医療機関などでは共有</b>                     |   |   |  |
| <b>◆調査対応窓口 : 医療機関調査事務局からの、日次・週次での調査対応</b>                   |   |   |  |
| 担当部署 ※必須  |   |   |  |
| 役職 ※必須  |   |   |  |
| 担当者氏名   |   |   |  |
| 電話番号 ※必須  |   |   |  |
| 携帯番号  |   |   |  |
| メールアドレス   |   |   |  |
| 調査への返答方法  | 以下の2つの選択肢の内、希望の調査の返答方法を1つ選んでチェック(☑)してください                     |   |  |
|   | <input type="checkbox"/> WEBフォーム <input type="checkbox"/> FAX |   |  |
| <b>返送先</b>  |   |   |  |
| <b>03-5846-8121 (FAX)</b>                                   |   |   |  |
| <b>本調査に関するご質問・お問い合わせ</b>                                    |   | <b>事務局入力欄</b>   |  |
| 厚生労働省・内閣官房IT総合戦略室 医療機関調査事務局                                 |   | 担当者:  |  |
| 電話番号: 03-5846-8233(土日祝日を除く平日9時~17時)                         |   | システム入力: <input type="checkbox"/> 完了                                 |  |
|   |   | 受信分類: <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> WEBフォーム |  |

# 各医療機関からご報告いただきたい事項①

## 1. 日次調査

- ・ 外来・入院・救急等の患者受け入れ状況  
(通常どおり／一部制限あり／停止等)
- ・ 新型コロナウイルス感染疑い患者用の外来設置／  
入院状況
- ・ PCR検査 (検体判定) 状況
- ・ 空床状況
- ・ 医療機器リソース (人工呼吸器、新生  
児・小児呼吸器、ECMO等)
- ・ 医師・看護師・事務職員等の充足状況

等

| 重要   |   | 医療機関 日次調査シート   |                          | !! ご報告期間 !!<br>平日毎日13:00まで |                                     |
|--|---|--|--------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| 提出日  | 月 日 曜日  | ※調査項目の優先順位は付録2で説明している状態にご報告ください<br>※検査や検査結果がない場合は、検査実施予定日をご記入ください<br>※患者数の変化に迅速に対応するため、 <b>変更点をご確認ください</b><br>※ご報告がない場合は、調査結果で報告していただきます<br>※変更点の場合は変更箇所のみをご記入でも問題ございません |                          |                            |                                     |
| 医療機関名  |   |  |                          |                            |                                     |
| 医療機関ID   |   |  |                          |                            |                                     |
| 医療提供状況 <一般科><br>※前日直前直後の状態をご記入ください   |   | 前日の患者からの変更<br>□ 有り □ 無し  |                          |                            |                                     |
| 項目   | 患者数   | 入院人数   | 停止                       | 調整なし                       | ※入院人数・停止の理由や検体について<br>可能な範囲でご記入ください |
| 外来(平日)   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |                                     |
| 外来(土日)   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |                                     |
| 入院   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |                                     |
| 救急   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |                                     |
| 手術   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |                                     |
| 透析   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |                                     |
| 化学療法   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |                                     |
| その他院内事項  |   |  |                          |                            |                                     |
| 医療提供状況 <救命科><br>※前日直前直後の状態をご記入ください   |   | 前日の患者からの変更<br>□ 有り □ 無し  |                          |                            |                                     |
| 項目   | 患者数   | 入院人数   | 停止                       | 調整なし                       | ※入院人数・停止の理由や検体について<br>可能な範囲でご記入ください |
| 予定手術   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |                                     |
| 緊急手術   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |                                     |
| 新型コロナウイルス感染状況 <救命科><br>※前日直前直後の状態をご記入ください  |   | 前日の患者からの変更<br>□ 有り □ 無し  |                          |                            |                                     |
| 項目   | 患者数   | 備考   |                          |                            |                                     |
| (1) 新型コロナウイルス感染疑い患者用の外来設置状況<br>※該当施設にチェックのつづけてください   | <input type="checkbox"/> 感染症・接触者外来<br><input type="checkbox"/> その他独自の外来対応<br><input type="checkbox"/> なし  |  |                          |                            |                                     |
| (2) 新型コロナウイルス感染疑い患者用の外来受診状況<br>※[]欄に該当人数を記入してください  | 上記の外来受診患者数 [ ]人<br>うちPCR検査実施人数 [ ]人<br>うちPCR検査受診人数 [ ]人   | 採目ベースで計してください。   |                          |                            |                                     |
| (3) 新型コロナウイルス陽性患者の入院状況<br>※[]欄に該当人数を記入してください   | 入院中 [ ]人 新規入院 [ ]人<br>うち新規入院 [ ]人   |  |                          |                            |                                     |
| (4) 貴機関の医療従事者における<br>新型コロナウイルス感染(疑い)状況<br>※[]欄に該当人数を記入してください   | 感染疑い(濃厚接触者含む)の新規発症 [ ]人<br>現在の陽性の医療従事者数 [ ]人  |  |                          |                            |                                     |
| (5) PCR検査 結果利用件数<br>※外区分を除く<br>※[]欄に該当件数を記入してください  | 判定検体数 [ ]件 [ ]件 [ ]件 [ ]件<br>うち陽性検体数 [ ]件 [ ]件 [ ]件 [ ]件  | 結果利用目ベースで計してください。  |                          |                            |                                     |
| (6) 一日あたりPCR検査 可能検体数<br>※外区分を除く<br>※[]欄に件数を記入してください  | [ ]件  | 初級及び変更の際にご記入ください。  |                          |                            |                                     |
| (7) 空床状況<br>※[]欄に該当床数を記入してください   | 全病棟数 [ ]床 / うち空床数 [ ]床<br>うち一般病棟数 [ ]床 / うち空床数 [ ]床<br>うちICU病棟数 [ ]床 / うち空床数 [ ]床<br>うちICU病棟数 [ ]床 / うち空床数 [ ]床<br>うち精神科病棟数 [ ]床 / うち空床数 [ ]床<br>うち新型コロナウイルス陽性患者受入可能 [ ]床 |  |                          |                            |                                     |
| (8) 医療機器リソース<br>※[]欄に該当台数を記入し、<br>該当施設別にチェックのつづけてください  | 人工呼吸器 [ ]台 / うち稼働 [ ]台<br>受け入れ余裕 □ 有り / □ 無し<br>新生児・小児呼吸器 [ ]台 / うち稼働 [ ]台<br>受け入れ余裕 □ 有り / □ 無し<br>体外循環装置人工肺(ECMO) [ ]台<br>稼働 [ ]台 / うち稼働可能 [ ]台                         | 稼働可能台数は稼働可能なECMOのみを計してください。  |                          |                            |                                     |
| 人材について <救命科><br>※前日直前直後の状態をご記入ください   |   | 前日の患者からの変更<br>□ 有り □ 無し  |                          |                            |                                     |
| 項目   | 患者数   | 欠員数  | 備考                       | 空し                         | ※欠員に際し、欠員の具体的な状況等について影響ください。        |
| 全体医師   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |                                     |
| 一般科・感染症に関する医師  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |                                     |
| 救急に関する医師   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |                                     |
| 全体看護師  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |                                     |
| 病棟勤務看護師  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |                                     |
| 外来勤務看護師  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |                                     |
| 救急勤務看護師  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |                                     |
| 事務 [ ]   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |                                     |
| その他 [ ]  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |                                     |
| FAXの場合: 03-5949-8121<br>WEBフォームの場合:<br><a href="https://covid-19-monitoring.yyboxu.com/k/#/portal">https://covid-19-monitoring.yyboxu.com/k/#/portal</a> |   | ※本調査は「新型コロナウイルス感染症」に関する調査です。<br>※本調査は「新型コロナウイルス感染症」に関する調査です。<br>※本調査は「新型コロナウイルス感染症」に関する調査です。<br>※本調査は「新型コロナウイルス感染症」に関する調査です。   |                          |                            |                                     |

# 各医療機関からご報告いただきたい事項②

## 2. 週次調査

### ・ 医療資材状況

(サージカルマスク、N95マスク、防護服、ディスポーザブルガウン、ニトリル手袋、手洗い消毒用アルコール、検体検査用スワブ等)

### ・ その他

(外来通院で化学療法中の患者) 等

| 重要   |   | 厚生労働省・内閣府IT総合戦略室 医療機関調査事務局<br>医療機関 週次調査シート             |                          |                          | !!!ご回答期限!!!<br>毎週金曜日13:00 まで<br><small>※金曜日が休日の場合は木曜日まで</small>   |  |
|--|---|--|--------------------------|--------------------------|---|--|
| 記入日  | 月 日 曜日  |  |                          |                          | <small>※回答日の前日23時59分時点で判明している状況をご報告ください<br/>※必ず医療機関IDならびに医療機関名をご記入ください。<br/>※事態の変化に迅速に対応するため、<b>変更必ずご連絡ください</b><br/>※ご回答がない場合、電話等で確認させていただきます</small> |  |
| 医療機関ID   |   |  |                          |                          |   |  |
| 医療機関名  |   |  |                          |                          |   |  |
| 医療資材状況 <非公開>   |   |  |                          |                          |   |  |
| 項目   | 前日時点の在庫量<br><small>※【】欄に該当数量を記入してください</small> | 現在の在庫の増減見直し<br><small>※該当業務記録にチェック(印)を記入してください</small> |                          |                          | 今後1週間あたりの<br>想定消費量<br><small>※【】欄に該当数量を<br/>記入してください</small>  | 主要取引先<br><small>※変更があればご記入ください</small> |
|  |   | 1週間以内  | 2~3週間                    | 1ヶ月以上                    |   |  |
| サージカルマスク   | 約【】枚  | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 約【】枚  |  |
| N95マスク   | 約【】枚  | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 約【】枚  |  |
| DS2マスク   | 約【】枚  | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 約【】枚  |  |
| ゴーグル   | 約【】個  | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 約【】個  |  |
| 防護服  | 約【】枚  | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 約【】枚  |  |
| フェイスシールド   | 約【】枚  | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 約【】枚  |  |
| サージカルガウン   | 約【】枚  | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 約【】枚  |  |
| アイソレーションガウン  | 約【】枚  | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 約【】枚  |  |
| 検診用手袋  | 約【】枚  | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 約【】枚  |  |
| サージカル手袋  | 約【】枚  | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 約【】枚  |  |
| 手指消毒用アルコール   | 約【】リットル                                       | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 約【】リットル   |  |
| スワブ(検体検査用)   | 約【】個  | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 約【】個  |  |
| その他【】  | 約【】枚  | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 約【】枚  |  |
| その他 <非公開>  |   |  |                          |                          |   |  |
| 項目   | 回答  |  | 備考                       |                          |   |  |
| 外来通院で化学療法中の患者<br><small>※該当業務記録にチェック(印)をつけて<br/>有りの場合は【】欄に該当人数を記入してください</small>  | <input type="checkbox"/> 有り<br>↳ 患者数【】人       |  |                          |                          |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> 無し                   |  |                          |                          |   |  |
| <small>※おおまかな在庫状況、在庫状況、必要状況の把握を目的としていますので、<b>数量はおおむねの数字で結構です。</b><br/>手袋やガウン等、複数のサイズがある場合も、まとめのおおむねの合計数で記載してください<br/>※本調査結果は今後の政府での医療資材の支援調整等の参考とさせていただきます</small> |   |  |                          |                          |   |  |
| 送達先<br>FAXの場合: 03-5846-8121<br>WEBフォームの場合:<br><a href="https://covid-19-monitoring.cybozu.com/k/#/portal">https://covid-19-monitoring.cybozu.com/k/#/portal</a>    |   |  |                          |                          | <small>&lt;本調査に関するご質問・お問い合わせ&gt;<br/>厚生労働省・内閣府IT総合戦略室 医療機関調査事務局<br/>電話番号: 03-5846-8233(土日祝日を除く平日9時~17時)</small>                                       |  |

# ご報告いただいたデータについて

- 厚生労働省・内閣官房において集計の上、各都道府県、保健所設置市、特別区等に、各自治体分のデータ（日次・週次）を共有いたします。
- 都道府県において、重症者対応のための治療拠点の設定、医療体制の重点化などの検討に活用いただきます。
- 医療提供状況（通常営業／一部制限／停止等）については、医療機関からの公開許諾を得たものについて、厚生労働省・各都道府県ホームページ上での公開・オープンデータ提供可能な形で提供予定です。

# (参考) 神奈川県の実践

本特設ポータルには、風評被害など予期せぬご迷惑をおかけしないよう、公開目的や注意書きを明示しております。

神奈川県  
新型コロナウイルス感染症  
対策サイト

県内の最新感染動向

**医療機関の状況**

新型コロナウイルス感染症が心配なときに

お子様をお持ちの皆様へ

県民の皆様へ

企業の皆様・はたらき手へ

開催中止・延期等を決定したイベントについて

知事からのメッセージ

当サイトについて

神奈川県公式ホームページ

Copyright © 2020 Kanagawa Prefectural Government. All Rights Reserved.

### 医療機関（病院）の状況 最終更新 2020/03/09 18:37

神奈川県 新型コロナウイルス感染症対策本部では、政府の新型コロナウイルス感染症対策本部の [対策基本方針](#) を受けて、国内で患者数が大幅に増えたときに備え、重症者対策を中心とした医療提供体制等の必要な体制を整える準備期間として、県内で入院病床を有する病院（20床以上）の状況を日次でヒアリングしています。この情報は、各病院の外来・入院・救急等の各機能について、各々の病院がホームページ等で公表している現状の受入可能状況をまとめたものです。

現状、新型コロナウイルス感染症を予防するため、風邪などの症状での新規の外来受入れなどを制限している病院がみられます。（この受入れ制限や停止は、県内で新型コロナウイルスの感染が確認されたことを意味するものではありませんので、ご注意ください。）

限りある医療資源を重症者対策につなげるべく、[ご自分やご家族の症状に不安や心配がある方は、まずは各地域の「帰国者・接触者相談センター」の電話相談や、県が展開している「LINE・新型コロナ対策パーソナルサポート」でのオンライン相談をお願いいたします。](#)

#### 外来（平日）

● 通常 ● 受入れ制限 ● 停止

医療法人社団白寿会 田名病院

- 外来（平日）：受入れ制限
- 入院：受入れ制限
- 救急：なし
- 電話番号：042-779-3050

[この病院を拡大](#)

一般公開情報となることを  
各医療機関から了解を得た  
項目のみを公開

各病院のホームページにリンクが貼っております