様式第２５号

令和６年度 新型インフルエンザ等患者入院医療機関設備整備計画書（個票）

(医療機関名)

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  ○○○○診療所 |
| 設置主体名 |  医療法人○○○○会（個人の場合→○○　○○） |
| 代表者名 |  ○○　○○ |
| 担当者名 |  ○○課　○○　○○ |
| 住所・郵便番号 | 　〒○○○－○○○○　　○○市○○町○○－○○ |
| 連絡先 | 【電話番号】【メールアドレス】 |
|

**Ⅰ　医療機関の設備整備計画**

　**１　必要理由**（整備に至った経緯、問題点、設置場所等）

・現在、○台の人工呼吸器を所有しているが、新型インフルエンザ等の対応には

不十分な台数である。入院患者に対して適切な治療を実施するためにも人工呼

吸器の整備が必要である。

・入院を要する患者を入床させる病室が陰圧室になっていないため、医療スタッフ

　や一般患者への感染防止のために簡易陰圧装置の整備が必要である。

・医療スタッフの感染防止を目的として個人防護具の整備が必要である。

・入院患者の受け入れるために、○床について整備しているところであるが、整備

　病床数を超えた患者にも対応できるよう簡易ベッドの整備が必要である。

　**２　新型インフルエンザ等患者の受入体制**（受入可能病床数、動線の確保等）

　　・現在、当病院では新型インフルエンザ患者の受入病床として○床を確保して

いる。今般、○○○の整備にあたり、受入病床を○床増床し、○床を受入病床

としたい。

・新型インフルエンザ患者が来院した場合に、医療スタッフや一般患者への感染

防止のため、入院病床までの動線を整理している。

○　新型インフルエンザ等発生時における入院診療タイプ　 **１** 　協力病床数　**15**

（タイプ１～３及び協力病床数を記入。詳細は別紙「群馬県における新型インフルエンザ等診療体制」を参照）

　**３　設備整備の内容**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　　　　称 | 規　　格 | 数　量※ | 整 備 費（総額） |
| ○○○○○○ | ○○○○○○ | １台○セット | 　 　　　 (円)○○○，○○○ |
| 計 |  | １台○セット | ○○○，○○○ |

※個人防護具の数量については、算出根拠も記載して下さい。（例：○日分×○セット）

 **４　事　業　費**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (歳 入) |   |  (歳 出) |   |
| 補　助　金自己資金借入金寄　付　金そ　の　他 |  　○○○ (円)○○○ | 整　備　費 | 　　　○○○ 　(円) |
| 計 | ○○○ | 計 | ○○○ |

　**５　補助金所要額**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 補助基準額 | 補助率 | 補助所要額 |
| 人工呼吸器 |  　 　 　(円)２，２２１，０００ | １０／１０ | 　　　　　　　(円)○○○ |
| 簡易陰圧装置 | ４，３２０，０００ | １０／１０ | ○○○ |
| 個人防護具 | ３，６００×セット数 | １０／１０ | ○○○ |
| 簡易ベッド | ５１，４００×台数 | １０／１０ | ○○○ |

**６　購入予定時期**

令和○年○月

**Ⅱ　添付書類**

　１　予算書（又は見込書）抄本

　２　カタログ及び見積書