様式第２４号

令和６年度　感染症外来協力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。２回目以降の場合はその理由も記載。）

・医療スタッフ及び一般患者への感染防止をするため、動線確保用のＨＥＰＡフィル

ター付きパーティションの整備が必要である。

・感染症患者(疑い患者を含む。)の受け入れは、談話室や相談室を専用待合室として

対応しているが、陰圧対応ができていないことから、陰圧対応のＨＥＰＡフィル

ター付き空気清浄機を整備する必要がある。

・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。

**２　新型インフルエンザ等感染患者の受入体制及び地域の外来診療体制における取組**

・新型インフルエンザ等の感染症患者の受け入れを、一般患者との接触を避ける

ため、外来受診の導線、待合室・診察場所を別にし、感染防止に努めている。

・新型コロナウイルス感染症に対応するため、専用の待合室を設置し、患者受け

入れのシミュレーションの実施、患者発生時の連絡フローの作成等、対応を

行っている。 他の患者や職員に感染拡大することのないよう、組織的な訓練

や物品管理を行い、地域の中核医療機関として機能できるよう備えている。

　　・新型コロナウイルス感染症の準帰国者・接触者外来として検体採取も行う。

・電話相談への協力、診療時間の延長、夜間外来輪番制への参画などに協力する。

○　新型インフルエンザ等発生時における外来診療タイプ　 **Ａ**

（Ａ～Ｃのいずれかを記入。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）

○　新型インフルエンザ発生時における外来診療タイプ

（Ａ～Ｃのいずれかを記入。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）

○　新型インフルエンザ発生時における外来診療タイプ

（Ａ～Ｃのいずれかを記入。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）

○　新型インフルエンザ発生時における外来診療タイプ

（Ａ～Ｃのいずれかを記入。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 |
| HEPAフィルター付  パーティション | (円)  ２０５，０００ | １０／１０ | (円)  　○○○ |
| HEPAフィルター付  空気清浄機  （陰圧対応可能） | ９０５，０００ | 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