**兵庫県民間病院協会**

　（医療体制強化に関するアンケート）

**１．新型コロンウイルス感染症の感染が疑われる者に対する外来診療について**

**対象：新型コロナウイルス感染症（＋）が確認されていない者で、以下の症状を呈する者）**

症状：SpO2 95％以下または、発熱、呼吸数増、著明な倦怠感、頭痛、下痢、食欲低下等

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 対応の可否 | ☐対応可　　　　　　☐対応不可　　　　　　　□対応準備中 |
| 1. 患者条件 | ☐当院のかかりつけ患者のみ　☐当院のかかりつけ以外の患者も対応可能  ☐その他の条件(　　 　　　　　　) |
| 1. コロナの治療   （自院で投与可能な薬剤等）  ※　入手可能を前提 | ☐ステロイド投与（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  ☐レムデシビル　　　　□バリシチニブ　　　　　□アビガン  □アクテムラ　　　　　□コルヒチン　　　　　　□ステロイド吸入  □輸液　 　　　　 □酸素療法　　　　　　　□鎮痛解熱剤処方  □ヘパリン　　　　　　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 1. その他の条件 |  |
| ⑤　確定検査の実施 | □確定検査を実施せず（検査委託もしない）  □確定検査を自院で実施（□PCR　□抗原検査（定量）　□抗原検査（定性））  □確定検査を外部に委託（□PCR　□抗原検査（定量）　□抗原検査（定性）） |

**２．新型コロナ感染症患者への医師の往診（自宅療養、宿泊療養を含む）等について**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ①　対応の可否 | □対応可　　　　　　□対応不可　　　　　　□対応準備中 | | | |
| ②　対応可能時間帯 | 平日　　　:　　~　　：　　　（頻度　　　回／週程度）  夜間 　　:　　~　　：　　　（頻度　　　回／週程度）  休日 　　:　　~　　：　　　（頻度　　　回／週程度） | | | |
| ③　患者条件 | ☐当院のかかりつけ患者のみ　☐当院のかかりつけ以外の患者も対応可能  ☐その他の条件(　　　　　　　　　　当院から　　　　Km程度まで) | | | |
| ④　患者の容態  （往診可能な区分に〇） | 中等度Ⅱ | 中等度Ⅰ | 軽　　症 | 無症状 |
|  |  |  |  |
| ⑤　コロナの治療  （自院で投与可能な薬剤等）  　※　入手可能を前提 | ☐ステロイド投与（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 ）  ☐レムデシビル　　 　□バリシチニブ □アビガン  □アクテムラ　 □コルヒチン　　　　 □ステロイド吸入  □輸液　 　　　　 □酸素療法 □鎮痛解熱剤処方  □ヘパリン □その他(　　　　　　　　　　　　　) | | | |
| ⑥　その他の条件 |  | | | |
| ⑦　訪問看護の対応  （同一法人の訪問看護センターを含む） | □対応済み　　　　□対応予定なし　　　□対応準備中 | | | |

**３．新型コロナ感染症患者への電話診療（自宅療養、宿泊療養を含む）について**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ① 対応の可否 | ☐対応可　　　　　 ☐対応不可　　　　　□対応準備中 | | | |
| ② 対応可能時間帯等 | 平日　　　:　　~　　：　　（頻度　　　週／回）  夜間 　　:　　~　　：　　（頻度　　　週／回）  休日 　　:　　~　　：　　（頻度　　　週／回） | | | |
| ③ 患者条件 | ☐当院のかかりつけ患者のみ　☐当院のかかりつけ以外の患者も対応可能  ☐その他の条件( | | | |
| ④　患者の容態  （電話診察可能な区分に〇） | 中等度Ⅱ | 中等度Ⅰ | 軽　症 | 無　症　状 |
|  |  |  |  |
| ④ コロナの治療  （自院で投与可能な薬剤等）  　※　入手可能を前提 | ☐ステロイド投与（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  ☐レムデシビル　　　　□バリシチニブ □アビガン  □アクテムラ　 □コルヒチン　　　　　□ステロイド吸入  □輸液　 　　　　 □酸素療法 □鎮痛解熱剤処方  □ヘパリン □その他(　　　　　　　　　　　　　　　) | | | |
| ⑤ その他の条件 |  | | | |

**４．中和抗体薬（ロナプリーブ点滴）の投与について**　　（薬剤が入手可能としてご回答ください）

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 対応の可否 | ☐対応可　　　　　　　☐対応不可　　　　　　□対応準備中 |
|  | 対応可又は対応準備中の場合、②にご回答ください。 |
| 1. 宿泊療養所等からの受入れ | □治療後は宿泊療養所又は自宅への移動を考えている  □治療後も自院での入院を継続させる予定 |

**５．入院医療体制への協力について**

**(1)　新型コロナウイルス感染症患者（（＋）確認後）への対応**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ①　入院の可否 | □入院可　　　　　　□入院不可　　　　　□対応準備中 | | | |
| ②　入院可能病室・  病床数  ※　最大対応可能数 | 重　　症 | 中等度Ⅱ | 中等度Ⅰ | 軽　　症 |
| 室 | 室 | 室 | 室 |
| 床 | 床 | 床 | 床 |
| 重症度による病室区分していない場合  　　　　　　　　　室　　　　　　　床 | | |
| ③　患者条件 | ☐当院のかかりつけ患者のみ　☐当院のかかりつけ以外の患者も対応可能  ☐その他の条件(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　) | | | |
| ④　コロナの治療  （自院で投与可能な薬剤等）  　※　入手可能を前提 | ☐ステロイド投与（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 ）  ☐レムデシビル　　　　□バリシチニブ □アビガン  □アクテムラ　 ☐コルヒチン　　 　　　□ステロイド吸入  □輸液　 　　　　 □酸素療法 □鎮痛解熱剤処方  □ヘパリン □その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | |
| ⑤　その他の条件 |  | | | |

**(2)　新型コロナウイルス感染症回復者（Covid-19診療の手引きの退院基準に合致する者）への対応**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ①　入院の可否 | □入院可　　　　　　□入院不可　　　　　　□対応準備中 | | | |
| ②　入院可能病室・  病床数  ※　最大対応可能数 | 重　　症 | 中等度Ⅱ | 中等度Ⅰ | 軽　　症 |
| 室 | 室 | 室 | 室 |
| 床 | 床 | 床 | 床 |
| 重症度による病室区分していない場合  　　　　　　　室　　　　　　　床 | | |
| ③　患者条件 | ☐当院のかかりつけ患者のみ　☐当院のかかりつけ以外の患者も対応可能  ☐その他の条件(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　) | | | |
| ④　その他の条件 |  | | | |

【重症度分類】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 重症度 | 重　　症 | 中等度　Ⅱ  呼吸不全あり | 中等度　Ⅰ  　呼吸不全なし | 軽　　症 |
| 臨床状態 | ICUに入室又は  人工呼吸器が必要 | ＳＰo₂≦９３％ | ９３％＜ＳＰo₂＜９６％ | ＳＰo₂≧９６％ |

　　　　　　　　　　　　　　　　新型コロナウイルス感染症　診療の手引き　第５．２版　より

病院名

記載者（職）　　　　　　　　　　　氏名

電話番号　　　　　　　　　　　　　ファクス番号

　回答期限：９月１０日（金）

※EmailもしくはFAXでご回答ください。

Email：info@hgminkanp.or.jp

FAX：078-251-2777

　　　　　　　本件照会先：兵庫県民間病院協会　事務局　稲田忠明