

感推第137号の2
令和5年4月28日

一般社団法人岐阜県医師会長 }
一般社団法人岐阜県病院協会会長 } 様

岐阜県健康福祉部感染症対策推進課長

岐阜県診療・検査医療機関指定申請要綱の一部改正について

平素より、新型コロナウイルス感染症対策にご尽力、ご協力を賜り、誠にありがとうございます。

今般、厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部から別添のとおり「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について」（令和5年3月17日付け事務連絡）が示され、その中で5類移行（5月8日）後における診療・検査医療機関については、「外来対応医療機関」と名称を変更し、指定・公表の仕組みは当面継続することが示されました。

これを受け、下記のとおり現行の「岐阜県診療・検査医療機関指定申請要綱」を一部改正しましたので、今後の外来対応医療機関指定事務等の実施にあたり、ご利用いただくとともに、貴会会員に対し周知いただきますようお願い申し上げます。

なお、各診療・検査医療機関、各保健所に対し、別添（写）のとおり通知しておりますことを申し添えます。

記

1 改正の内容

名称変更等に伴う「診療・検査医療機関指定申請要綱」から「外来対応医療機関指定申請要綱」への変更

2 適用日

令和5年5月8日

感染症対策推進課 医療・検査体制対策室 検査対策係			
担当係長	今西	担当	松平
電話番号	058-272-1111（内線3348）		





感推第137号
令和5年4月28日

各診療・検査医療機関の長 様

岐阜県健康福祉部感染症対策推進課長

岐阜県診療・検査医療機関指定申請要綱の一部改正について

平素より、新型コロナウイルス感染症対策にご尽力、ご協力を賜り、誠にありがとうございます。

今般、厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部から別添のとおり「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について」(令和5年3月17日付け事務連絡)が示され、その中で5類移行後(5月8日以降)における診療・検査医療機関については、「外来対応医療機関」と名称を変更し、指定・公表の仕組みは当面継続することが示されました。

これを受け、下記のとおり現行の「岐阜県診療・検査医療機関指定申請要綱」を一部改正しましたので、変更申請等においてご利用いただきますようお願いいたします。(本様式については、県のホームページのほか県医師会のホームページも掲載しておりますので、併せてご利用ください。)

なお、既に「診療・検査医療機関」として指定されている医療機関は、上記事務連絡に基づき、「外来対応医療機関」とみなすため、改めての指定申請は不要です。5月8日以降も引き続き「外来対応医療機関」としてご尽力、ご協力を賜りますようお願いいたします。

記

1 改正の内容

名称変更等に伴う「診療・検査医療機関指定申請要綱」から「外来対応医療機関指定申請要綱」への変更

2 適用日

令和5年5月8日

感染症対策推進課	医療・検査体制対策室	検査対策係	
担当係長	今 西	担 当	松 平
電話番号	058-272-1111 (内線 3348)		

写

感推第137号の3
令和5年4月28日

岐阜市保健所長
各保健所長 } 様

岐阜県健康福祉部感染症対策推進課長

岐阜県診療・検査医療機関指定申請要綱の一部改正について

平素より、新型コロナウイルス感染症対策にご尽力、ご協力を賜り、誠にありがとうございます。

今般、厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部から別添のとおり「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について」（令和5年3月17日付け事務連絡）が示され、その中で5類移行（5月8日）後における診療・検査医療機関については、「外来対応医療機関」と名称を変更し、指定・公表の仕組みは当面継続することが示されました。

これを受け、下記のとおり現行の「岐阜県診療・検査医療機関指定申請要綱」を一部改正しましたので、ご了知のうえ、管内の関係機関等へ広く周知していただきますようお願いいたします。（本様式については、県のホームページのほか県医師会のホームページも掲載しております。）

なお、各診療・検査医療機関、一般社団法人岐阜県医師会、一般社団法人岐阜県病院協会に対し、別添（写）のとおり通知しておりますことを申し添えます。

記

1 改正の内容

名称変更等に伴う「診療・検査医療機関指定申請要綱」から「外来対応医療機関指定申請要綱」への変更

2 適用日

令和5年5月8日

感染症対策推進課		医療・検査体制対策室		検査対策係	
担当係長	今西	担当	松平		
電話番号	058-272-1111（内線3348）				

岐阜県外来対応医療機関指定申請要綱

(総則)

第1条 外来対応医療機関(発熱患者等の診療を行う医療機関として県が指定するものをいう。以下同じ。)の指定の申請については、この要綱の定めるところによる。

(申請の資格)

第2条 外来対応医療機関の指定の申請をすることができる者は、新型コロナウイルス感染症が疑われる患者の診療を行う医療機関の開設者とする。

(指定申請書)

第3条 指定申請書の様式は、別記様式のとおりとする。

(同意事項)

第4条 申請者は、次に掲げる事項に同意した上で、申請を行うものとする。

- (1) 県、関係行政機関、受診・相談センター、岐阜県医師会、岐阜県病院協会及び地域の医療関係機関の間で、申請者が別記様式別紙の基本事項に記載した情報を共有すること。
- (2) 別記様式別紙の基本事項に示した範囲で、発熱患者等の診療を速やかに実施すること。
- (3) 外来対応医療機関として指定されている期間中は、遅延なく新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システム(G-MIS)に必要な情報を入力すること。
- (4) 新型コロナウイルス感染症の疑いのある患者が他の疾患の患者と接触しないよう、可能な限り動線を分けること。
- (5) 医療従事者の十分な感染対策を行うなどの適切な感染対策を講ずること。
- (6) 自院の患者のみを受け入れる場合は、院内掲示を行う等の方法により、自院のかかりつけ患者に対し、発熱等の症状が生じた場合には、電話で相談の上自院で診療を受けることが可能である旨を周知すること。

附 則

この要綱は、令和2年9月23日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年5月8日から施行する。

外来対応医療機関指定申請書

年 月 日

岐阜県知事

様

(申請者)

住 所

医療機関名

代表者職氏名

外来対応医療機関の指定を受けたいので、別添のとおり必要書類を添えて申請します。

添付書類

・別紙1 基本事項

外来対応医療機関指定（変更）申請書

年 月 日

岐阜県知事 様

(申請者)

住 所

医療機関名

代表者職氏名

年 月 日付けで通知を受けた外来対応医療機関の指定について、
下記事項について変更しますので、必要書類を添えて申請します。

記

1 変更箇所

2 別添書類 基本事項

基本事項

項目	内容																								
医療機関名																									
代表者職氏名																									
担当者職氏名	(所属部署：)																								
住 所	(〒)																								
電話番号 FAX 番号																									
メールアドレス																									
患者の受入区分	<input type="checkbox"/> 自院のかかりつけ患者のみ対応 <input type="checkbox"/> 自院のかかりつけ患者以外の患者へも対応 <input type="checkbox"/> その他、各医療機関で設ける条件 ()																								
自院での実施内容	① 実施内容 <input type="checkbox"/> 検体採取を実施 ② 検査方法 <input type="checkbox"/> PCR 検査 <input type="checkbox"/> 抗原定量検査 <input type="checkbox"/> 抗原定性検査 (簡易キット)																								
1 週間の対応時間 時間が分かるように記載する。	<table border="1"> <thead> <tr> <th>曜日</th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>土</th> <th>日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AM</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PM</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	曜日	月	火	水	木	金	土	日	AM								PM							
曜日	月	火	水	木	金	土	日																		
AM																									
PM																									
小児対応の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可																								
経口抗ウイルス薬の 処方可否	<input type="checkbox"/> ラゲブリオ®カプセル処方可 <input type="checkbox"/> パキロビッド®パック処方可 <input type="checkbox"/> ゴコーバ錠処方可 <input type="checkbox"/> いずれも不可																								

<p>オンライン診療等の 対応の可否 (オンライン診療:電 話や情報通信機器を 用いた診療)</p>	<p><input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>不可 ※可の場合 <input type="checkbox"/>初診の診療可 <input type="checkbox"/>再診の診療可 <input type="checkbox"/>オンライン診療等について各医療機関で設ける条件 () <input type="checkbox"/>医療機関のウェブサイト URL ()</p>
<p>往診対応の可否</p>	<p><input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>不可 往診等について各医療機関で設ける条件 ()</p>
<p>県ホームページでの 公表の可否</p>	<p><input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>不可</p>

(※□にレを付してください)

岐阜県外来対応医療機関指定申請要綱新旧対照表

新（改正後）	旧（改正前）
<p>岐阜県外来対応医療機関指定申請要綱</p> <p>（総則）</p> <p>第1条 <u>外来対応</u> 医療機関（発熱患者等の診療を行う医療機関として県が指定するものをいう。以下同じ。）の指定の申請については、この要綱の定めるところによる。</p> <p>（申請の資格）</p> <p>第2条 <u>外来対応</u> 医療機関の指定の申請をすることができる者は、<u>新型コロナウイルス感染症が疑われる患者の診療を行う医療機関の開設者とする。</u></p> <p>第3条 （略）</p> <p>（同意事項）</p> <p>第4条 申請者は、次に掲げる事項に同意した上で、申請を行うものとする。</p> <p>（1）及び（2） 略</p>	<p>岐阜県診療・検査医療機関指定申請要綱</p> <p>（総則）</p> <p>第1条 <u>診療・検査</u>医療機関（発熱患者等の診療及び検査を行う医療機関として県が指定するものをいう。以下同じ。）の指定の申請については、この要綱の定めるところによる。</p> <p>（申請の資格）</p> <p>第2条 <u>診療・検査</u>医療機関の指定の申請をすることができる者は、<u>次の各号のいずれにも該当する医療機関の開設者とする。</u></p> <p><u>（1）県又は岐阜市と感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第15条第1項に規定する調査の委託契約を締結する医療機関であること。</u></p> <p><u>（2）新型コロナウイルス感染症が疑われる患者の検体採取を行う医療機関であること。</u></p> <p>第3条 （略）</p> <p>（同意事項）</p> <p>第4条 申請者は、次に掲げる事項に同意した上で、申請を行うものとする。</p> <p>（1）及び（2） 略</p>

(3) 外来対応 医療機関として指定されている期間中は、遅延なく、新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システム(G-MIS)に必要な情報を入力すること。

(4) 新型コロナウイルス感染症の疑いのある患者が他の疾患の患者と接触しないよう、可能な限り動線を分けること。

(5) 医療従事者の十分な感染対策を行うなどの適切な感染対策を講ずること。

(6) 自院の患者のみ受け入れる場合は、院内掲示を行う等の方法により、自院のかかりつけ患者に対し、発熱等の症状が生じた場合には、電話で相談の上自院で診療を受けることが可能である旨を周知すること。

附 則

この要綱は、令和2年9月23日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年5月8日から施行する。

(3) 患者が新型コロナウイルス感染症に感染していた場合は、速やかに保健所へ連絡し、患者の状態を伝える等、追跡調査、療養先の検討等に協力すること。

(4) 診療・検査医療機関として指定されている期間中は、遅滞なく、新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システム(G-MIS)及び新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム(HER-SYS)に必要な情報を入力すること。

(5) 新型コロナウイルス感染症の疑いのある患者が他の疾患の患者と接触しないよう、可能な限り動線を分けること。

(6) 医療従事者の十分な感染対策を行うなどの適切な感染対策を講ずること。

(7) 自院の患者のみを受け入れる場合は、院内掲示を行う等の方法により、自院のかかりつけ患者に対し、発熱等の症状が生じた場合には、電話で相談の上自院で診療・検査を受けることが可能である旨を周知すること。

附 則

この要綱は、令和2年9月23日から施行する。

別記様式

外来対応医療機関指定申請書

年 月 日

岐阜県知事 _____ 様

(申請者)
住 所

医療機関名

代表者職氏名 _____

外来対応医療機関の指定を受けたいので、別添のとおり必要書類を添えて申請します。

添付書類
・別紙1 基本事項

別記様式

診療・検査医療機関指定申請書

年 月 日

岐阜県知事 古田 肇 様

(申請者)
住 所

医療機関名

代表者職氏名 _____ 印

診療・検査医療機関の指定を受けたいので、別添のとおり必要書類を添えて申請します。

添付書類
・別紙1 基本事項

外来対応医療機関指定（変更）申請書

年 月 日

岐阜県知事 _____ 様

（申請者）

住 所

医療機関名

代表者職氏名 _____

_____年 月 日付で通知を受けた外来対応医療機関の指定について、
下記事項について変更しますので、必要書類を添えて申請します。

記

1 変更箇所

2 別添書類 基本事項

診療・検査医療機関指定（変更）申請書

年 月 日

岐阜県知事 古田 肇 様

（申請者）

住 所

医療機関名

代表者職氏名 _____

印

令和 _____年 月 日付で通知を受けた診療・検査医療機関の指定について、
下記事項について変更しますので、必要書類を添えて申請します。

記

1 変更箇所

2 別添書類 基本事項

基本事項

項目	内容																								
医療機関名																									
代表者職氏名																									
担当者職氏名	(所属部署：)																								
住 所	(〒)																								
電話番号 FAX 番号																									
メールアドレス																									
患者の受入区分	<input type="checkbox"/> 自院のかかりつけ患者のみ対応 <input type="checkbox"/> 自院のかかりつけ患者以外の患者へも対応 <input type="checkbox"/> その他、各医療機関で設ける条件 ()																								
自院での実施内容	① 実施内容 <input type="checkbox"/> 検体採取を実施 ② 検査方法 <input type="checkbox"/> PCR 検査 <input type="checkbox"/> 抗原定量検査 <input type="checkbox"/> 抗原定性検査 (簡易キット)																								
1 週間の対応時間																									
時間が分かるように記載する。	<table border="1"> <thead> <tr> <th>曜日</th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>土</th> <th>日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AM</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PM</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	曜日	月	火	水	木	金	土	日	AM								PM							
曜日	月	火	水	木	金	土	日																		
AM																									
PM																									
小児対応の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可																								
経口抗ウイルス薬の処方可否	<input type="checkbox"/> ラゲブリオ*カプセル処方可 <input type="checkbox"/> バキロビッド*バック処方可 <input type="checkbox"/> <u>ゾコーバ錠</u> 処方可 <input type="checkbox"/> いずれも不可																								

基本事項

項目	内容																								
医療機関名																									
代表者職氏名																									
担当者職氏名	(所属部署：)																								
住 所	(〒)																								
電話番号 FAX 番号																									
メールアドレス																									
患者の受入区分	<input type="checkbox"/> 自院のかかりつけ患者と自院に相談があった患者のみ対応 <input type="checkbox"/> 他の医療機関や受診・相談センターからの紹介患者も対応 <input type="checkbox"/> 濃厚接触者等に対する検体採取も担う <input type="checkbox"/> その他、各医療機関で設ける条件 ()																								
自院での実施内容	① 実施内容 <input type="checkbox"/> 検体採取を実施 ② 検査方法 <input type="checkbox"/> PCR 検査 <input type="checkbox"/> 抗原定量検査 <input type="checkbox"/> 抗原定性検査 (簡易キット)																								
1 週間の対応時間																									
時間が分かるように記載する。	<table border="1"> <thead> <tr> <th>曜日</th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>土</th> <th>日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AM</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PM</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	曜日	月	火	水	木	金	土	日	AM								PM							
曜日	月	火	水	木	金	土	日																		
AM																									
PM																									
小児対応の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可																								
経口抗ウイルス薬の処方可否	<input type="checkbox"/> ラゲブリオ*カプセル処方可 <input type="checkbox"/> バキロビッド*バック処方可 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> いずれも不可																								

オンライン診療等の 対応の可否 (オンライン診療:電 話や情報通信機器を 用いた診療)	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input checked="" type="checkbox"/> 可の場合 <input type="checkbox"/> 初診の診療可 <input type="checkbox"/> 再診の診療可 <input type="checkbox"/> オンライン診療等について各医療機関で設ける条件 () <input type="checkbox"/> 医療機関のウェブサイト URL ()
往診対応の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 往診等について各医療機関で設ける条件 ()
県ホームページでの 公表の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可

(※□にレを付してください)

オンライン診療等の 対応の可否 (オンライン診療:電 話や情報通信機器を 用いた診療)	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input checked="" type="checkbox"/> 可の場合 <input type="checkbox"/> 初診の診療可 <input type="checkbox"/> 再診の診療可 <input type="checkbox"/> オンライン診療等について各医療機関で設ける条件 () <input type="checkbox"/> 医療機関のウェブサイト URL ()
県ホームページでの 公表	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない

(※□にレを付してください。)