

公益社団法人 全日本病院協会  
公益社団法人 全国自治体病院協議会  
一般社団法人 日本病院会  
一般社団法人 全国医学部長病院長会議  
一般社団法人 日本医療法人協会

御中

厚生労働省新型コロナウイルス感染症  
対策推進本部

新型コロナウイルス感染症対策に係る病院の医療提供状況等の把握等について調査項目  
一部変更のお知らせ（その9）

新型コロナウイルス感染症の医薬品として特例承認されたレムデシビルの配分につきましては、「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）（以下「本調査」という。）」に各医療機関が重症患者（ECMO 管理中、人工呼吸器管理中、ICU 入室中）のうち、投与が適当と考えられる患者数等その他必要な事項を入力していただくことを通じて、調整させていただいているところです。（※）

一方、この度、令和2年7月7日の本調査から、「ECMO 管理中、人工呼吸器管理中、ICU 入室中以外の酸素飽和度 94%（室内気）以下又は酸素吸入が必要な患者」についても、レムデシビルの配分対象とすることとしました。

このため、本調査における調査項目についても一部変更を行うこととし、具体的には、「医療機関 日次調査シート」の新型コロナ関連状況にかかる報告内容について、「(4) 新型コロナウイルス感染患者の入退院状況」の項目に、「【ECMO、人工呼吸器、ICU 以外】酸素飽和度 94%（室内気）以下又は酸素吸入が必要な患者」等の欄を追加することとしました。

つきましては、別添の一部変更後の「医療機関 日次・週次調査シート」（別添1）、「医療機関 日次・週次調査シート記入要綱」（別添2）もご確認いただきつつ、貴管内の医療機関による G-MIS への入力及び随時更新が、引き続き、貴会所属病院へ遺漏なく実施されるよう周知及び協力を依頼いただきますようお願いいたします。

(参考)

※「新型コロナウイルス感染症対策に係る病院の医療提供状況等の把握等について調査項目一部変更のお知らせ（その2）」（令和2年4月24日付け厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡）

「新型コロナウイルス感染症における重症患者数等の情報提供について（依頼）」（令和2年4月28日付け厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡）

「新型コロナウイルス感染症対策に係る病院の医療提供状況等の把握等について調査項目一部変更のお知らせ（その3）」（令和2年5月7日付け厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡）

**【問い合わせ】**

お電話が繋がりにくくなっております。  
原則、メールでのお問い合わせをお願いします。

**Mail : [remdesivir@mhlw.go.jp](mailto:remdesivir@mhlw.go.jp)**

新型コロナウイルス感染症対策推進本部  
担当：丸山、高橋、佐々木

健康局結核感染症課

（G-MIS、配送、同意書等に関すること。）

担当：岩瀬、星野、庄司

TEL:03-5253-1111（内線 2097・2093・2927）

**重要****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。  
 ※本シートのご提出は調査初回のみです。

回答期限：  
 未提出の医療機関のみ、  
 早急にご提出ください。

記入日時	月 日 時頃	
医療機関名		医療機関ID:

<非公開情報> ※ただし行政間、医療機関などでは共有

◆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

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

返送先

**03-5846-8121 (FAX)**

本調査に関するご質問・お問い合わせ

厚生労働省・内閣官房IT総合戦略室 医療機関調査事務局

電話番号: 03-5846-8233(土日祝日を除く平日9時~17時)

事務局入力欄
担当者:
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

重要		医療機関 日次調査シート				!!ご回答期限!! 平日毎日13:00まで
提出日	月 日 曜日				※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 ※必ず医療機関のなかに医療機関名をご記入ください ※事態の変化に迅速に対応するため、毎日必ずご返送ください ※ご回答がない場合、電話等で確認をさせていただきます ※変更ありの場合は変更箇所のみ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 <一般公開> ※提出当日時点の状況をご記入ください					前回の回答からの変更	
項目	稼働状況(該当選択肢にチェック(☑)を記入してください)				□ 有り □ 無し	
	通常	制限	停止	設置なし	「受入れ制限・停止の理由や状況について」 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"/>		
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"/>		
その他案内事項						
医療提供状況 <非公開> ※提出当日時点の状況をご記入ください					前回の回答からの変更	
項目	稼働状況(該当選択肢にチェック(☑)を記入してください)				□ 有り □ 無し	
	通常	制限	停止	設置なし	「受入れ制限・停止の理由や状況について」 可能な範囲でご記入ください	
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"/>		
新型コロナ関連状況 <非公開> ※提出前日23時59分時点の集計値をご記入ください/数字記入欄には、数字のみをご記入ください					前回の回答からの変更	
項目	回答				留意事項	
(1)新型コロナウイルス感染疑い患者用の外来設置状況 ※該当選択肢にチェック(☑)をつけてください	<input type="checkbox"/> 帰国者・接触者外来 (検体採取等を行う地域外来・検査センターを含む) <input type="checkbox"/> 1週間以内に外来対応予定 ↳ 外来対応開始予定日 [ ]月 [ ]日				<input type="checkbox"/> 帰国者・接触者外来以外で検査を実施する医療機関 帰国者・接触者外来と同様の機能を有する医療機関として 都道府県等が認めた医療機関を含む <input type="checkbox"/> なし(1週間以内の外来対応予定なし)	
(2)新型コロナウイルス感染疑い患者の外来受診状況 ※[ ]欄に該当人数を記入してください	上記の外来受診者数[ ]人 ↳うち相談センターからの紹介 有[ ]人 無[ ]人 不明[ ]人					
(3)貴院における検査実施状況 ※[ ]欄に該当人数を記入してください	検査実施総数[ ]人 ↳うちPCR検査実施人数[ ]人 ↳うち唾液以外によるPCR検査実施人数[ ]人 ↳うち唾液によるPCR検査実施人数[ ]人 ↳うち新型コロナウイルス抗原定量検査(鼻咽頭拭い液)実施人数[ ]人 うち陽性者[ ]人 ↳うち新型コロナウイルス抗原定量検査(唾液)実施人数[ ]人 うち陽性者[ ]人 ↳うち新型コロナウイルス抗原定性検査実施人数[ ]人 うち陽性者[ ]人					
(4)新型コロナウイルス感染患者の入院状況 ※[ ]欄に該当人数を記入してください	入院中[ ]人	うち新規入院[ ]人	新規退院[ ]人			
		ECMO管理中	人工呼吸器管理中 (ECMOなし)	ICU入室中 (人工呼吸器・ECMOなし)	[ECMO、人工呼吸器、ICU以外] 酸素飽和度94%(室内気)以下 又は 酸素吸入が必要な患者	「レムデシビル投与対象者」は、別添2「医療機関 日次・週次調査シート記入要綱」の2.(3)⑧「レムデシビル投与対象者(レムデシビル投与の同意が取れている者の数)、かつ現在投与していない者」の記載を参考とし、医師の判断により投与することが適当と考えられる者を計上してください
(5)貴院におけるPCR検査実施の可否 ※外注分を除く。 ※該当選択肢にチェック(☑)をつけてください	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能				・初回及び変更の際にご記入ください。	
(6)一日あたりPCR検査 可能検体数 ※外注分を除く ※[ ]欄に件数を記入してください	[ ]件				・初回及び変更の際にご記入ください。	
(7)PCR検査 結果判明件数 ※外注分を除く ※[ ]欄に該当件数を記入してください	判定検体数	自院外来 [ ]件	自院入院 [ ]件	受託・その他 [ ]件		
	↳うち保険適用数	[ ]件	[ ]件	[ ]件		
(8)空床状況 ※[ ]欄に該当床数を記入してください	①全病床数[ ]床 / うち空床数[ ]床				②新型コロナウイルス感染患者受入可能[ ]床	
	↳うち一般病床数[ ]床 / うち空床数[ ]床	↳うちICU病床数[ ]床 / うち空床数[ ]床	↳うち感染病床数[ ]床 / うち空床数[ ]床	↳うち結核病床数[ ]床 / うち空床数[ ]床	↳うち精神病床数[ ]床 / うち空床数[ ]床	貴院において前日23時59分時点で新たに受入可能な新型コロナウイルス感染患者の数を記載ください。既に入院中の患者は含まないこととします。下記、「新型コロナウイルス感染患者受入可能数」を含んだ数字をご記載ください。 ③全透析病床数[ ]床 / うち空床数(透析)[ ]床 ↳うち新型コロナウイルス感染患者受入可能数[ ]床 貴院において記入時点で新たに受入可能な新型コロナウイルス感染患者の数を記載ください。既に貴院へ入院し透析を行っている新型コロナウイルス感染患者は含まないこととします。
(9)医療機器リソース ※[ ]欄に該当台数を記入し、 該当選択肢にチェック(☑)をつけてください	①人工呼吸器[ ]台 / うち稼働[ ]台 ↳追加受け入れ <input type="checkbox"/> 可能 / <input type="checkbox"/> 不可能				留意事項：追加で以下の台数もご記入ください。 ↳倉庫等で普段使われずに保管されている人工呼吸器 [ ]台	
	②新生児・小児呼吸器[ ]台 / うち稼働[ ]台 ↳追加受け入れ <input type="checkbox"/> 可能 / <input type="checkbox"/> 不可能					
	③体外式膜型人工肺(ECMO)[ ]台 ↳現稼働[ ]台 / 残り利用可能[ ]台				残り利用可能台数には予備のECMOは含まずに計上してください。	
	④持続緩徐式血液濾過透析(CHDF)[ ]台 ↳現稼働[ ]台 / 残り利用可能[ ]台				⑤手術用麻酔器 [ ]台 ↳倉庫等で普段使われずに保管されている手術用麻酔器 [ ]台	
人材について <非公開> ※提出前日23時59分時点の集計値をご記入ください					前回の回答からの変更	
項目	回答				留意事項	
(1)貴院の医療従事者における新型コロナウイルス感染(疑い)状況 ※[ ]欄に該当人数を記入してください	感染疑い(濃厚接触含む)の新規発覚 [ ]人 現在の陽性の医療者感染者数 [ ]人					
(2)貴院における職員の欠員状況	充足状況(該当選択肢にチェック(☑)を記入してください)				具体的な状況	
	通常	欠員あり	枯渇	なし		
全体医師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
↳発熱・感染症に関わる医師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
↳救急に関わる医師	<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"/>		
レムデシビル関連 <非公開> ※提出前日23時59分時点の集計値をご記入ください					前回の回答からの変更	
投与予定のなくなったレムデシビルのバイアル数	[ ]バイアル				□ 有り □ 無し	
連絡先	氏名	所属	電話番号	メールアドレス		
レムデシビル投与に関して 貴院を代表する医師						
DI管理薬剤師						
送付先					留意事項	
FAXの場合: 03-5846-8121 WEBフォームの場合: <a href="https://covid-19-monitoring.cybozu.com/k/#/portal">https://covid-19-monitoring.cybozu.com/k/#/portal</a>					<本調査に関するご質問・お問い合わせ> 厚生労働省・内閣府(1)総合戦略室 医療機関調査事務局 電話番号: 03-5846-8233(土日祝日を除く平日9時~17時)	

<b>重要</b>	<b>医療機関 週次調査シート</b> <b>兼 医療用物資緊急配布調査シート</b>	<b>!! ご回答期限 !!</b> <b>毎週水曜日13:00 まで</b> ※水曜日が休日の場合は火曜日まで
-----------	--	--

記入日	月 日 曜日	※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 ※必ず医療機関IDならびに医療機関名をご記入ください。 ※事態の変化に迅速に対応するため、 <b>毎週必ずご返送ください</b> ※ご回答がない場合、電話等で確認をさせていただきます
医療機関ID		
医療機関名		

※4月10日及び4月14日付け事務連絡に沿った医療用物資の再利用等の例外的取り扱いにご留意いただきますようお願い致します。

※国から緊急配布を行った場合、情報の取扱いに留意しつつ、国から緊急配布した枚数を含め、その一部を公表させていただく場合がありますのでご承知おきください。

**医療資材状況 <非公開> / 数字記入欄には、数字のみをご記入ください**

項目	前日時点の在庫量 ※[ ]欄に該当数量を記入してください	現在の在庫の備蓄見直し ※該当選択肢にチェック(☑)を記入してください			今後1週間あたりの 想定消費量 ※[ ]欄に該当数量を記入 してください	先週1週間の 物資の購入量	今後1週間に 購入できる見込量	主要取引(卸売業者名) ※変更があればご記入ください	国からの医療用物資の 緊急配布を希望するか ※希望する場合には チェック(☑)を記入してください (新型コロナウイルス感染者等の受入医療機関や PCR検査の検体採取を行う医療機関に限る/都道 府県と連携して配布の有無や配布量を 検証させていただきます)
		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	約[ ]枚	約[ ]枚		<input type="checkbox"/>
N95マスク(DS2、KN95を含む)	約[ ]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[ ]枚	約[ ]枚	約[ ]枚		<input type="checkbox"/>
ゴーグル	約[ ]個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[ ]個	約[ ]個	約[ ]個		-
防護服	約[ ]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[ ]枚	約[ ]枚	約[ ]枚		-
フェイスシールド	約[ ]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[ ]枚	約[ ]枚	約[ ]枚		<input type="checkbox"/>
サージカルガウン	約[ ]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[ ]枚	約[ ]枚	約[ ]枚		-
アインレーションガウン	約[ ]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[ ]枚	約[ ]枚	約[ ]枚		<input type="checkbox"/>
非滅菌手袋	約[ ]枚 ※双ではなく枚で記載	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[ ]枚 ※双ではなく枚で記載	約[ ]枚 ※双ではなく枚で記載	約[ ]枚 ※双ではなく枚で記載		-
滅菌手袋	約[ ]双 ※2枚を1双として記載	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[ ]双 ※2枚を1双として記載	約[ ]双 ※2枚を1双として記載	約[ ]双 ※2枚を1双として記載		-
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	約[ ]リットル	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	約[ ]個	約[ ]個		-
その他[ ]	約[ ]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[ ]枚	約[ ]枚	約[ ]枚		-

**その他 <非公開> / 数字記入欄には、数字のみをご記入ください**

項目	回答	備考
外来通院で化学療法中の患者 ※該当選択肢にチェック(☑)をつけて、 有りの場合は[ ]欄に該当人数を記 入してください	<input type="checkbox"/> 有り └ 患者数 [ ]人  <input type="checkbox"/> 無し	

※おおまかな空床状況、在庫状況、必要状況の把握を目的としていますので、**数量はおおむねの数字で結構です。**  
 手袋やガウン等、複数のサイズがある場合も、まとめたおおむねの合計数で記載してください  
 ※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

送達先

FAXの場合: 03-5846-8121  
 WEBフォームの場合:  
<https://covid-19-monitoring.cybozu.com/k/#/portal>

<本調査に関するご質問・お問い合わせ>  
 厚生労働省・内閣官房付合戦略室 医療機関調査事務局  
 電話番号: 03-5846-8233(土日祝日を除く平日9時~17時)

医療機関 日次・週次調査シート記入要綱 ver. 2.0

● はじめに

- 数字を記入する場合には必ず半角数字での入力をお願いします。

医療機関日次調査シート

1. 医療提供状況

- それぞれの項目毎に
  - 「通常」：通常通りの対応が行える状態
  - 「制限」：提供はできるものの一部制限がある状態
  - 「停止」：全く提供ができない状態
  - 「設置なし」：元々提供を行っていない状態のいずれかを選択してください。
- 「受入れ制限・停止の理由や状況について」  
スタッフの欠員や、多数の新型コロナウイルス感染症患者への対応等、提供の制限・停止の原因についてご記載ください。
  - 手術については
    - 「通常」：手術を予定通り行える状態
    - 「制限」：予定よりも一部縮小して実施している状態
    - 「停止」：予定手術も停止している状態
    - 「設置なし」：元々手術を行っていない状態のいずれかを選択してください。
  - 緊急手術については
    - 「通常」：緊急手術の受入が可能な状態
    - 「制限」：緊急手術の受入を縮小している状態
    - 「停止」：緊急手術の受入を停止している状態
    - 「設置なし」：元々手術を行っていない状態のいずれかを選択してください。

2. 新型コロナウイルス関連状況

(1) 新型コロナウイルス感染疑い患者用の外来設置状況

- A) 帰国者・接触者外来の設置の有無についてご記載ください。(検体採取等を行う地域外来・検査センターも含みます。)
- B) 帰国者・接触者外来以外で、行政検査として新型コロナウイルス感染症にかかる検査を実施する医療機関(保険適用される検査にかかる自己負担分を

患者本人に求めず、都道府県等がその分の支払いを行う医療機関）（帰国者・接触者外来と同様の機能を有する医療機関として都道府県等が認めた医療機関を含む）は、「帰国者・接触者外来以外で検査を実施する医療機関」を選択してください。

- C) 一週間以内に新規に、新型コロナウイルス感染症を疑う患者の診察・検査を行う外来対応の開始を予定している場合は、「1 週間以内に外来対応予定」を選択し、外来対応開始予定日も可能であればご記載ください。
- D) 一週間以内に新規に、新型コロナウイルス感染症を疑う患者の診察・検査を行う外来対応の開始を予定していない場合は、「なし（1 週間以内に外来対応予定なし）」を選択してください。

(2) 新型コロナウイルス感染疑い患者の外来受診状況

① 上記の外来受診者数

前日 24 時間に「帰国者・接触者外来」もしくは、「帰国者・接触者外来以外で検査を実施する医療機関」にて対応を行った、新型コロナウイルス感染症を疑う外来患者数をご記載ください。

② 相談センターからの紹介

①のうち、「帰国者/接触者相談センター」から紹介のあった受診者数をご記載ください。

(3) 貴院における検査実施状況

① 検査実施総数

PCR 検査もしくは新型コロナウイルス抗原定性検査、新型コロナウイルス抗原定量検査のいずれか一つでも検査を実施した総人数をご記載ください。なお、検査実施総数の計上にあたっては、入院患者に対して PCR 検査又は抗原検査実施した場合\*を含めた数（退院の際の陰性確認のための検査実施数は除く）とします。

※ 同じ人が両方の検査を実施した場合は、「1」とカウントしてください。

② うち PCR 検査実施人数

①のうち、PCR 検査を目的として検体を採取した人数をご記載ください。

③ うち唾液以外による PCR 検査実施人数

②のうち、PCR 検査を目的として唾液以外の検体を採取した人数をご記載ください。

④ うち唾液による PCR 検査実施人数

②のうちで、PCR 検査を目的として唾液を採取した人数をご記載ください。

⑤ うち新型コロナウイルス抗原定量検査（鼻咽頭拭い液）実施人数

①のうち、鼻咽頭拭い液を検体として新型コロナウイルス抗原定量検査を実施した人数をご記載ください。

⑥ うち陽性者数

- ⑤のうちで、結果が陽性となった患者数をご記載ください。
- ⑦ うち新型コロナウイルス抗原定量検査（唾液）実施人数  
①のうち、唾液を検体として新型コロナウイルス抗原定量検査を実施した人数をご記載ください。
- ⑧ うち陽性者数  
⑦のうちで、結果が陽性となった患者数をご記載ください。
- ⑨ うち新型コロナウイルス抗原定性検査実施人数  
①のうち、新型コロナウイルス抗原定性検査（新型コロナウイルス抗原検出用キット（迅速診断キット））を実施した人数をご記載ください。
- ⑩ うち陽性者数  
⑨のうちで、結果が陽性となった患者数をご記載ください。

(4) 新型コロナウイルス感染患者の入退院状況

- ① 入院中  
貴院に前日 23 時 59 分時点で入院中の患者のうち、PCR 検査で陽性であった患者数をご記載ください。
- ② うち新規入院  
貴院に前日 24 時間に入院した患者のうち、PCR 検査で陽性であった患者数をご記載ください。
- ③ 新規退院  
前日 24 時間に退院した患者数をご記載ください。
- ④ ECMO 管理中  
前日 23 時 59 分時点で貴院において体外式膜型人工肺（ECMO）管理されている、新型コロナウイルス感染患者数をご記載ください。
- ⑤ 人工呼吸器管理中（ECMO なし）  
前日 23 時 59 分時点で貴院において人工呼吸器管理されている、新型コロナウイルス感染患者数をご記載ください。ただし、④の ECMO 管理されている患者数は含まないこととします。
- ⑥ ICU 入室中（人工呼吸器・ECMO なし）  
前日 23 時 59 分時点で貴院において ICU に入院している、新型コロナウイルス感染患者数をご記載ください。ただし、④の ECMO 管理されている患者数及び⑤の人工呼吸器管理されている患者数は含まないこととします。
- ⑦ 【ECMO、人工呼吸器、ICU 以外】酸素飽和度 94%（室内気）以下又は酸素吸入が必要な患者  
前日 23 時 59 分時点で貴院において入院している、新型コロナウイルス感染患者のうち、ECMO 管理、人工呼吸器管理、ICU 入室をなされていないものの、



酸素飽和度 94%（室内気）以下又は酸素吸入が必要な患者

- ⑧ レムデシビル投与対象（レムデシビル投与の同意が取れている者の数）、かつ現在投与していない者（レムデシビル関連調査）

上記④⑤⑥⑦の 4 項目について、それぞれレムデシビル投与対象者であつて、レムデシビル投与の同意が取れており、現在レムデシビルを投薬されていない患者数をご記入ください。

前日 23 時 59 分時点で貴院において入院している、新型コロナウイルス感染患者数をご記載ください。

なお、レムデシビル投与対象者とは、ECMO 装着患者、人工呼吸器装着患者、酸素飽和度 94%（室内気）以下又は酸素吸入が必要な患者であつて、以下の Compassionate use 時の適格基準と除外基準も踏まえ、医師の判断により投与することが適当と考えられる者を指し、計上にあたっては、医師の判断を仰いでください。

Compassionate use 時の適格基準、除外基準

<適格基準>

- ・ PCR 検査において SARS-CoV-2 が陽性
- ・ 酸素飽和度が 94%以下（室内気）又は酸素吸入下又は NEWS 2 スコア 4 以上
- ・ 入院中
- ・ クレアチニンクリアランスが 30 mL/min 超
- ・ AST 及び ALT が基準値上限の 5 倍未満

<除外基準>

- ・ 多臓器不全の症状を呈する患者
- ・ 継続的に昇圧剤が必要な患者
- ・ ALT レベルが基準値上限の 5 倍超
- ・ クレアチニンクリアランス 30 mL/min 未満又は透析患者
- ・ 妊婦

- (5) 貴院における PCR 検査実施の可否 ※外注分を除く

A) 貴院において PCR 検査を実施可能かどうかご記載ください。外注して PCR 検査を行っている場合には「不可能」を選択してください。

- (6) 一日あたり PCR 検査可能検体数 ※外注分を除く

A) 貴院で一日に実施可能な PCR 検査の最大件数をご記載ください。

B) 貴院が置かれる大学・大学附属研究機関等で実施可能な PCR 検査の最大件数も計上してください。採取した検体の検査を外部に発注した分は除いてください。

- (7) PCR 検査結果判明件数 ※外注分を除く

A) 貴院で実施した PCR 検査のうち、前日 24 時間に結果が判明した件数をご記載

ください。検査を外注したものは除いてください。貴院が置かれる大学・大学附属研究機関等で実施した分も計上してください。

B) 「自院外来」

貴院の外来受診患者から採取した検体のうち、前日 24 時間に結果が判明した件数をご記載ください。

C) 「自院入院」

貴院の入院患者から採取した検体のうち、前日 24 時間に結果が判明した件数をご記載ください。

D) 「受託・その他」

他院で採取され、PCR 検査を委託された検体、その他いずれにも該当しない検体のうち、前日 24 時間に結果が判明した件数をご記載ください。

E) 「うち保険適用件数」

上記それぞれに対し、保険適用の件数をご記載ください。

(8) 空床状況

A) 貴院の各類型における許可病床数と、前日 23 時 59 分時点での空床数をご記載ください。

B) その日に予定入院を行う場合は、その病床は埋まっているものと扱ってください。

C) 「ICU 病床数」には、ハイケアユニット等も含みます。

D) 「新型コロナウイルス感染患者受入可能」

貴院において前日 23 時 59 分時点で新たに受入可能な新型コロナウイルス感染患者の数をご記載ください。既に入院中の患者は含まないこととします。下記「新型コロナウイルス感染透析患者受入可能数」を含んだ数字をご記載ください。

E) 「全透析病床数」

透析患者が入院可能な全病床数をご記載ください。

➤ 「空床数」

透析患者が入院可能な病床のうち、記入時点における空床の数をご記載ください。

➤ 「新型コロナウイルス感染透析患者受入可能数」

貴院において記入時点で新たに受入可能な新型コロナウイルス感染透析患者の数をご記載ください。既に貴院へ入院し透析を行っている新型コロナウイルス感染透析患者は含まないこととします。

(9) 医療機器

① 人工呼吸器

人工呼吸器とは、汎用人工呼吸器、成人用人工呼吸器であって、基本的に重症肺炎の成人に使用可能なもので、気管挿管に対応可能なものを指します。

貴院で保有している人工呼吸器の台数、前日 23 時 59 分時点で稼働している人工呼吸器の台数、追加で人工呼吸器管理を要する患者を受入れ可能かどうかをご記載ください。

留意事項における「倉庫等で普段使われずに保管されている人工呼吸器」とは、整備や修理を行うことによって使用可能な状態になると考えられるものを指します。前述の、「保有している人工呼吸器」の台数には含めないでください。

② 新生児・小児呼吸器

貴院で保有している新生児・小児呼吸器の台数、前日 23 時 59 分時点で稼働している新生児・小児呼吸器の台数、追加で人工呼吸器管理を要する新生児・小児を受入れ可能かどうかをご記載ください。

③ 体外式膜型人工肺（ECMO）

貴院で保有している ECMO の台数、前日 23 時 59 分時点で稼働している ECMO の台数、稼働しておらず利用可能な ECMO の台数をご記載ください。稼働しておらず利用可能な ECMO の台数を計上する際には、予備の ECMO は含まないこととしますが、不明な場合には貴院で保有している ECMO の台数から、稼働している台数を除いた数をご報告頂いても構いません。

④ 続緩徐式血液濾過透析（CHDF）

貴院で保有している CHDF の台数、前日 23 時 59 分時点で稼働している CHDF の台数、稼働しておらず利用可能な CHDF の台数をご記載ください。

⑤ 手術用麻酔器

貴院で保有している手術用麻酔器の台数をご記載ください。

留意事項における「倉庫等で普段使われずに保管されている手術用麻酔器」とは、整備や修理を行うことによって使用可能な状態になると考えられるものを指します。前述の「保有している手術用麻酔器」の台数には含めないでください。

- A) 保有数を報告する際には、リースしているものも含まれますが、現在医療機関内に確保している台数のみ報告してください。また、現在使用可能なもののみを報告することとし、故障している等、現在使用できない医療機器は含みません。

### 3. 人材について

(1) 貴院の医療従事者における新型コロナウイルス感染（疑い）状況

① 感染（疑い症例含む）の新規発覚

前日 24 時間に新型コロナウイルス感染症と診断された、もしくは疑似症※と判断された貴院の医療従事者の数をご記載ください。

② 現在の陽性者数

前日 23 時 59 分時点における、貴院の医療従事者のうちで新型コロナウイルス感染症患者数をご記載ください。（既に回復し、業務に復帰した者は含まない。）

(2) 貴院における職員の欠員状況

○ 類型ごとに、

「通常」：新型コロナウイルス感染症関連の欠員（新型コロナウイルスへの感染例、疑似症例、濃厚接触例や、休校に伴う休職等）がない状態。

「欠員あり」：新型コロナウイルス感染症関連の欠員が少数いるものの通常と同等の業務の継続が可能な状態。

「枯渇」：新型コロナウイルス感染症関連の欠員が多数いることにより通常の業務の継続を縮小もしくは停止せざるを得ない状態。

のいずれかを選択してください。

○ 「具体的な状況」

一部の診療科のみ医師の「枯渇」があるや、他の医療機関へ医師の派遣を行っており「欠員あり」等、可能であれば「欠員あり」や「枯渇」の状況についてご記載ください。

○ 類型ごとに重複がある場合いずれの類型においてもご報告ください。（例えば、病棟及び救急外来で勤務している看護師が欠員した場合には、両方で「欠員あり」を選択してください。）

※疑似症の定義

現時点では疑似症とは、患者が次のア、イ、ウ又はエに該当し、かつ、他の感染症又は他の病因によることが明らかでなく、新型コロナウイルス感染症を疑う場合をいいます（注1）。ただし、必ずしも次の要件に限定されるものではありません。

ア 発熱または呼吸器症状（軽症の場合を含む。）を呈する者であって、新型コロナウイルス感染症であることが確定したものと濃厚接触（注2）歴があるもの

イ 37.5℃以上の発熱かつ呼吸器症状を有し、発症前14日以内にWHOの公表内容から新型コロナウイルス感染症の流行が確認されている地域（注3）に渡航又は居住していたもの

ウ 37.5℃以上の発熱かつ呼吸器症状を有し、発症前14日以内にWHOの公表内容から新型コロナウイルス感染症の流行が確認されている地域（注3）に渡航又は居住していたものと濃厚接触歴があるもの

エ 発熱、呼吸器症状その他感染症を疑わせるような症状のうち、医師が一般に認められている医学的知見に基づき、集中治療その他これに準ずるものが必要であり、かつ、直ちに特定の感染症と診断することができないと判断し（法第14条第1項に規定する厚生労働省令で定める疑似症に相当）、新型コロナウイルス感染症の鑑別を要したものの

注1：「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第12条第1項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について（一部改正）」（令和2年2月4日健感発0204第1号）及び「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第12条第1項及び第14条第2項に基づく届出の基準等における新型コロナウイルス感染症に関する流行地域について」（令和2年3月10日厚生労働省健康局結核感染症課事務連絡）を参照。

注2：「濃厚接触」とは、次の範囲に該当するものです。

- ・新型コロナウイルス感染症が疑われるものと同居あるいは長時間の接触（車内、航空機内等を含む）があったもの
- ・適切な感染防護無しに新型コロナウイルス感染症が疑われる患者を診察、看護若しくは介護していたもの

<別添 2 >

の

- ・新型コロナウイルス感染症が疑われるものの気道分泌液若しくは体液等の汚染物質に直接触れた可能性が高いもの

注3：「WHOの公表内容から新型コロナウイルス感染症の流行が確認されている地域」とは、中華人民共和国湖北省及び浙江省、大韓民国大邱広域市、慶尚北道清道郡、慶山市、安東市、永川市、漆谷郡、義城郡、星州郡及び軍威郡、サンマリノ共和国、アイスランド共和国、アイルランド共和国、アンドラ公国、イタリア共和国、エストニア共和国、オーストリア共和国、オランダ王国、スイス連邦、スウェーデン王国、スペイン王国、スロベニア共和国、デンマーク王国、ドイツ連邦共和国、ノルウェー王国、バチカン、フランス共和国、ベルギー王国、ポルトガル共和国、マルタ共和国、モナコ公国、リヒテンシュタイン公国、ルクセンブルク大公国並びにイラン・イスラム共和国とする。（3月26日時点）。

#### 4. レムデシビル関連調査

##### (1) 投与予定のなくなったバイアル数

副作用の出現による治療中断などを含め、何らかの事情により、当初投与する患者が決まっていたが、その予定のなくなったバイアル数を記入してください。

##### (2) 連絡先

- レムデシビル投与に関して貴院を代表する医師・DI 管理薬剤師情報  
レムデシビル投与に関して貴院の代表となる医師及び、貴院においてDI管理を行っている薬剤師の方についての情報をご記載ください。
- 今般の特例承認後、間違いなくかつ速やかにレムデシビルに関する薬剤情報等を提供し、市販後調査に係る連絡をするために使用します。当該情報は、製薬企業に提供されることを予めご承知おきください。また、連絡に確実に期すため、メールだけでなく、電話により製薬企業から連絡がある場合がありますので予めご承知おきください。

医療機関 週次調査シート 兼 医療用物資緊急配布調査シート

1. 医療資材状況

- 類型ごとの在庫量、備蓄見通し、今後1週間あたりの想定消費量、先週1週間の物資の購入量、今後1週間に購入できる見込量、主要取引先(卸売業者)についてご記載ください。また、国からの医療用物資の緊急配布を希望する場合には、チェックを記入してください。
- これまで金曜締切でしたが、国による医療用物資の緊急配布の仕組み(ただし、当初はマスクのみ)が構築されることにより、水曜日締切にさせていただきます。
- 今後1週間あたりの想定消費量や物資購入の見込量等の記載にあたっては、診療状況等を踏まえた適正な数値をご記載ください。
- 記載いただいた内容については、必要に応じて都道府県又は国の担当者から照会させていただくとともに、情報の取扱いに留意しつつ、その一部を公表させていただく場合がありますのでご承知おきください。

2. その他

- 外来通院で化学療法中の患者
- 外来化学療法を実施している患者の有無、外来化学療法を実施している患者が存在する場合、そのおおよその数をご記載ください。