

外来対応医療機関の指定要件チェックシート

施設要件

	①発熱患者等が他の疾患の患者と接触しないよう、可能な限り動線が分けられているか
	②必要な検査体制が確保されているか（自院での実施又は民間検査機関等の活用）
	③適切な感染対策が講じられているか
	④自院のかかりつけ患者及び相談のあった発熱患者等のみを受け入れる場合は、院内掲示を行う等、自院のかかりつけ患者の発熱等に対して、診療・検査可能である旨を周知しているか

機能要件

	⑤あらかじめ自院での対応時間等を示した範囲で、受診・相談センター等から患者の診療・検査の受入れ要請があった場合、又は患者から相談があった場合、原則速やかに患者の診療・検査を受け入れることが可能か
--	---

報告について

	⑥G-M I Sに日々の受診者数や検査数等の入力が可能か
--	------------------------------

各項目の確認欄に記入

【・対策済み→○ ・改善必要→✓ ・該当なし, 不明→ー】

確認日	20 . .	医療機関名		確認者	
		TEL		FAX	
所見					