

第二種協定指定医療機関の指定に係る同意書兼指定要件確認書

令和 年 月 日

香川県知事 池田 豊人 様

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 38 条第 2 項の規定に基づく第二種協定指定医療機関として指定されることに同意します。

医療機関所在地	
医療機関名	
開設者所在地	※法人の場合は、当該法人の所在地
開設者名	※法人の場合は、当該法人名及び代表者の職・氏名

内容を確認し、□にチェックを記入（☑）してください。

以下の第二種協定指定医療機関（発熱外来）の指定要件を満たしている。

以下の第二種協定指定医療機関（自宅療養者等への医療の提供）の指定要件を満たしている。

第二種協定指定医療機関（発熱外来）の指定要件

- ・当該医療機関に所属する者に対して、最新の知見に基づき適切な感染防止等の措置を実施することが可能であること。
- ・当該医療機関を受診する者が他の患者と可能な限り接触することがなく、診察することができることその他医療機関における院内感染対策（※1）を適切に実施し、外来医療を提供することが可能であること。
- ・新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間において、都道府県知事からの要請を受けて、発熱等患者の診療・検査を行う体制（※2）が整っていると認められること。

※1：ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練等

※2：検体に関する検査機器を備えることその他検査を適切に実施できる体制が整っていると認められることを含む。

第二種協定指定医療機関（自宅療養者等への医療の提供）の指定要件

- ・当該医療機関に所属する者に対して、最新の知見に基づき適切な感染防止等の措置を実施することが可能であること。
- ・新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間において、都道府県知事からの要請を受けて、オンライン診療、電話診療、往診その他自宅・宿泊療養者・高齢者施設での療養者等に対して医療を提供する体制が整っていると認められること。