|  |
| --- |
| **救急・周産期・小児医療機関院内感染防止対策事業　登録調査票** |
|  |  |  |  | 年　月　　日 |
|  |  |  | 医療機関名 |  |
|  |  |  | 所在地 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 「新型コロナウイルス感染症疑い患者を診療する医療機関」のリストに登録可能（患者受入可能）な項目に「○」を付してください。（複数可） |
| 救急医療 | 周産期医療 | 小児医療 |
| 　 | 　 | 　 |

様式

※　救急病院　　　救命救急センター、二次救急医療機関

　　周産期医療　　総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター

　　小児医療　　　愛知県地域保健医療計画に定める小児救急中核病院、小児基幹病院

|  |
| --- |
| ○　患者受入れ担当者 |
| 部署名 | 担当者名 | 電話番号 | メールアドレス |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ○　事務連絡担当者 |
| 部署名 | 担当者名 | 電話番号 | メールアドレス |
|  |  |  |  |

※留意事項

（１）当事業に申請する場合は、「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」と重複して補助を受けることはできません。

（２）本登録調査票の内容にて、愛知県救急・周産期・小児医療機関院内感染防止対策事業補助金交付要綱第19に基づき、必要に応じ新型コロナウイルス感染症疑い患者の受入れを要請させていただきます。

（３）担当者が複数いる場合は、適宜行を追加してください。

（４）提出締切日までに受入体制の整備が間に合わない場合は、愛知県保健医療局健康医務部医務課救急・周産期・災害医療グループ（０５２－９５４－６６２８）へ事前に御相談ください。