

様式第 1 号

年 月 日

大阪府新型インフルエンザ等協力医療機関登録申請書

大阪府知事 様

医療機関
所在地

医療機関名

開設者名

大阪府新型インフルエンザ等協力医療機関整備要綱第 8 条（1）に基づき、大阪府新型インフルエンザ等協力医療機関の登録について次のとおり申請します。

- | | |
|--------------------------------|---------------|
| 1. 医療機関情報 | 別紙（1） 1. のとおり |
| 2. 連絡先 | 別紙（1） 2. のとおり |
| 3. 新型インフルエンザ等発生時の対応マニュアル等の整備状況 | 別紙（1） 3. のとおり |
| 4. 協力医療機関区分 | 別紙（2） 4. のとおり |

1. 医療機関情報

医療機関名称	
医療機関所在地	〒
開設者名（法人名）	
開設者（法人）所在地	
管理者名	

2. 連絡先

担当部署	
担当者氏名	
電話番号	
ファクス番号	
電子メールアドレス	

注1：協力医療機関の運営や登録に関する連絡についての連絡先を記入すること。

注2：空欄がないよう、全ての欄に記入すること。

3. 新型インフルエンザ等発生時の対応マニュアル等の整備状況

1	有り（別途添付願います）
2	今後策定の予定（ 年 月頃）
3	なし

注1：該当する番号を「○」で囲むこと。

注2：「2 今後策定の予定」に該当する場合は、策定予定時期を括弧内に記入すること。

4. 登録協力医療機関の区分

協力医療機関の区分		今回登録する区分欄に「○」を記入 ※既に協力医療機関として登録している区分は、登録番号を記入
診療協力医療機関	①帰国者・接触者外来 (拠点型)	
	②帰国者・接触者外来 (協力型)	
	③帰国者・接触者外来 (ハイリスク)	透析・妊婦・小児・その他 ()
	④入院協力医療機関	* 新型インフルエンザ等患者の受入可能最大病床数 _____ 床 (内訳) 標準病床 個室_____床_____部屋 相室_____床_____部屋 陰圧病床 個室_____床・相室_____床 (ハイリスク対応の可否) 可・不可 透析_____床・妊婦_____床・小児_____床 その他 () _____床

注1: ③の下段には受け入れるハイリスクの区分を「○」で囲むこと。「その他」は括弧内に具体的に記入すること。

注2: ④の下段には、新型インフルエンザ等患者の受入が可能な最大病床数とその内訳、併せてハイリスク対応の可否と内訳を併せて記入すること。「その他」は括弧内に具体的に記入すること。

第 号
年 月 日

医療機関名
開設者名 様

大阪府知事

大阪府新型インフルエンザ等協力医療機関の登録について（通知）

年 月 日付で大阪府新型インフルエンザ等協力医療機関登録申請書により申請のあった標記の件について、下記のとおり登録したので通知します。

なお、登録した情報は、別添（様式第1号別紙の写しを添付）のとおりです。この内容に変更がある場合は、大阪府新型インフルエンザ等協力医療機関整備要綱第9条（2）に基づき、変更の届出を行ってください。

記

1. 登録する医療機関名等

- (1) 医療機関の所在地
- (2) 医療機関の名称
- (3) 開設者（法人）所在地
- (4) 開設者名（法人名）

2. 登録する協力医療機関の区分及び登録番号

3. 登録年月日

年 月 日

年 月 日

大阪府新型インフルエンザ等協力医療機関登録情報の更新について

大阪府知事 様

医療機関
所在地

医療機関名

開設者名

大阪府新型インフルエンザ等協力医療機関整備要綱第9条（1）に基づき、大阪府新型インフルエンザ等協力医療機関の登録について次のとおり更新します。

- | | |
|--------------------------------|--------------|
| 1. 医療機関情報 | 別紙（1）1. のとおり |
| 2. 連絡先 | 別紙（1）2. のとおり |
| 3. 新型インフルエンザ等発生時の対応マニュアル等の整備状況 | 別紙（1）3. のとおり |
| 4. 協力医療機関区分 | 別紙（2）4. のとおり |

大阪府新型インフルエンザ等協力医療機関登録情報更新票

表題の件について、登録情報を以下のとおり更新します。

____年 ____月 ____日現在

※記載の情報は全て変更後のものとする。変更の箇所の下線を引くこと。
また、変更がない箇所も記入すること。

1. 医療機関情報

医療機関名称	
医療機関所在地	〒
開設者名(法人名)	
開設者(法人)所在地	

2. 連絡先

担当部署	
担当者氏名	
電話番号	
ファクス番号	
電子メールアドレス	

注1: 協力医療機関の運営や登録に関する連絡についての連絡先を記入すること。

注2: 空欄がないよう、全ての欄に記入すること。

3. 新型インフルエンザ等発生時の対応マニュアル等の整備状況

1	有り (別途送付願います)
2	今後策定の予定 (____年 ____月頃)
3	なし

注1: 該当する番号を「○」で囲むこと。

注2: 「2 今後策定の予定」に該当する場合は、策定予定時期を括弧内に記入すること。

注3: 既に提出されており、その内容に変更がない場合は添付は不要です。

様式第3号別紙(2)

(医療機関名:)

4. 登録協力医療機関の区分

協力医療機関の区分		登録している区分の登録番号等を記入
診療協力医療機関	①帰国者・接触者外来 (拠点型)	
	②帰国者・接触者外来 (協力型)	
	③帰国者・接触者外来 (ハイリスク)	透析・妊婦・小児・その他()
		* 新型インフルエンザ等患者の受入可能最大病床数 _____ 床 (内訳) 標準病床 個室_____床_____部屋 相室_____床_____部屋 陰圧病床 個室_____床・相室_____床 (ハイリスク対応の可否) 可・不可 透析_____床・妊婦_____床・小児_____床 その他() _____床
④入院協力医療機関		

注1: ③の下段には受け入れるハイリスクの区分を「○」で囲むこと。「その他」は括弧内に具体的に記入すること。

注2: ④の下段には、新型インフルエンザ等患者の受入が可能な最大病床数とその内訳、併せてハイリスク対応の可否と内訳を併せて記入すること。「その他」は括弧内に具体的に記入すること。

5. 大阪府からの補助を受けて整備した新型インフルエンザ対策のための設備等

補助を受けた年度	整備した設備等の品目	数量

注: 「整備した設備等の品目」は、「簡易陰圧装置」・「人工呼吸器」・「個人防護具」のいずれかを記入すること。

年 月 日

大阪府新型インフルエンザ等協力医療機関登録情報変更届出書

大阪府知事 様

医療機関名

開設者名

大阪府新型インフルエンザ等協力医療機関整備要綱第 9 条（2）に基づき、大阪府新型インフルエンザ等協力医療機関の登録情報について、次のとおり変更を届け出ます。

1. 医療機関情報等登録情報 別紙のとおり

記載の情報は全て変更後のものとする。変更の箇所の下線を引くこと。

また、変更がない箇所も記入すること。

年 月 日現在

1. 医療機関情報

医療機関名称	
医療機関所在地	〒
開設者名(法人名)	
開設者(法人)所在地	

2. 連絡先

担当部署	
担当者氏名	
電話番号	
ファクス番号	
電子メールアドレス	

注1: 協力医療機関の運営や登録に関する連絡についての連絡先を記入すること。

注2: 空欄がないよう、全ての欄に記入すること。

3. 新型インフルエンザ等発生時の対応マニュアル等の整備状況

1	有り (別途添付願います)
2	今後策定の予定 (年 月頃)
3	なし

注1: 該当する番号を「○」で囲むこと。

注2: 「2 今後策定の予定」に該当する場合は、策定予定時期を括弧内に記入すること。

注3: 既に提出されており、その内容に変更がない場合は添付は不要です。

様式第4号別紙(2)

(医療機関名:)

4. 登録協力医療機関の区分

協力医療機関の区分		登録している区分の登録番号等を記入
診療協力医療機関	①帰国者・接触者外来 (拠点型)	
	②帰国者・接触者外来 (協力型)	
	③帰国者・接触者外来 (ハイリスク)	透析・妊婦・小児・その他()
入院協力医療機関	④入院協力医療機関	* 新型インフルエンザ等患者の受入可能最大病床数 _____ 床 (内訳) 標準病床 個室_____床_____部屋 相室_____床_____部屋 陰圧病床 個室_____床・相室_____床 (ハイリスク対応の可否) 可・不可 透析_____床・妊婦_____床・小児_____床 その他() _____床

注1: ③の下段には受け入れるハイリスクの区分を「○」で囲むこと。「その他」は括弧内に具体的に記入すること。

注2: ④の下段には、新型インフルエンザ等患者の受入が可能な最大病床数とその内訳、併せてハイリスク対応の可否と内訳を併せて記入すること。「その他」は括弧内に具体的に記入すること。

第 号
年 月 日

医療機関名
開設者名 様

大阪府知事

大阪府新型インフルエンザ等協力医療機関登録情報の変更について（通知）

年 月 日付で大阪府新型インフルエンザ等協力医療機関登録情報更新・変更届出書により届出のあった標記の件について、下記のとおり変更したので通知します。

なお、変更した情報は、別添（様式第4号別紙の写しを添付）のとおりです。この内容に変更が生じた場合は、大阪府新型インフルエンザ等協力医療機関整備要綱第9条（2）に基づき、変更の届出を行ってください。

記

1. 医療機関名等

- (1) 医療機関の所在地
- (2) 医療機関の名称
- (3) 開設者（法人）所在地
- (4) 開設者名（法人名）

2. 登録している協力医療機関の区分及び登録番号

様式第 6 号

年 月 日

大阪府新型インフルエンザ等協力医療機関登録辞退申請書

大阪府知事 様

医療機関
所在地

医療機関名

開設者名

大阪府新型インフルエンザ等協力医療機関の登録を辞退したいので、大阪府新型インフルエンザ等協力医療機関整備要綱第 10 条に基づき、下記のとおり申請します。

記

1. 登録を辞退する協力医療機関の区分及び登録番号

2. 登録を辞退する理由

3. 登録削除を希望する日

年 月 日

第 号
年 月 日

医療機関名
開設者名 様

大阪府知事

大阪府新型インフルエンザ等協力医療機関登録の削除について（通知）

年 月 日付で申請のあった大阪府新型インフルエンザ等協力医療機関登録辞退を承認し、下記のとおり登録を削除しましたので通知します。

記

1. 登録削除する医療機関名等

- (1) 医療機関の所在地
- (2) 医療機関の名称
- (3) 開設者（法人）所在地
- (4) 開設者名（法人名）

2. 登録削除する協力医療機関の区分及び登録番号

3. 登録削除年月日

年 月 日