

# 【FAX 用】罹患後症状のある患者への診療体制に係る報告

北海道保健福祉部感染症対策局感染症対策課

(FAX 番号:011-206-0732)

## ◆はじめに◆

日頃から、各地域において、新型コロナウイルス感染症をはじめとした患者の診療にご尽力いただいていることに、改めて、厚くお礼申し上げます。

道では、国通知に基づき、罹患後症状に悩む方の診療をしている医療機関の一覧をホームページに掲載しています。

つきましては、掲載を可能とする場合、掲載内容を変更する場合及び掲載を削除する場合は、御多忙中恐縮ですが、本報告の提出をお願いいたします。

なお、既に公表済みの医療機関で、掲載内容に変更が無い場合は、改めての報告は不要です。

## 基本情報

【1】申請したい内容に○をつけてください。

新規登録 変更 削除	⇒ 問 2～7 を回答後、問 8 に進んでください
	⇒ 問 2～7 を回答後、問 17 に進んでください
	⇒ 問 2～7 を回答後、問 18 に進んでください

■貴医療機関名、ご担当者様などの情報について、教えてください。

【2】担当者氏名

【3】担当者連絡先（電話番号）

【4】メールアドレス

【5】医療機関名

【6】医療機関住所

【7】連絡先（電話番号）


## 新規登録する場合

【8】診療の対象についてお伺いします（該当する項目に○をお願いします）。

かかりつけ患者以外	可 ・ 不可
小児	可 ・ 不可 ・ 条件付きで可

↓  
小児を診療する条件

【9】 貴院で対応可能な症状についてお伺いします。  
 (該当する項目にチェック願います。複数回答可)。

- 発熱
- 味覚・嗅覚症状
- 呼吸器症状 (咳、息切れ、胸痛、動悸)
- 精神・神経症状 (手足のしびれ、記憶障害、集中力低下、頭痛、抑うつ、  
感覚過敏、睡眠障害)
- 全身症状 (疲労感・倦怠感、関節痛、筋肉痛、筋力低下、頭痛)
- 消化器症状 (下痢、腹痛)
- 皮膚症状 (脱毛、皮疹)
- その他 ( )

【10】 受診する際は、事前予約が必要か伺います。  
 (該当する項目に○をお願いします)

要 ・ 不要
--------

【11】 公式 WEB サイトがある場合、リンクする URL を記載願います。

【12】 コロナ罹患後症状について受診可能な時間帯をお伺いします。

	午前	午後
月曜日	～	～
火曜日	～	～
水曜日	～	～
木曜日	～	～
金曜日	～	～
土曜日	～	～
日曜日	～	～

【13】 問 12 で記載できなかった、特記事項等がありましたらご記入願います。

【14】 貴院は、コロナ罹患後症状を主として診療する外来  
 (いわゆる、コロナ後遺症外来) を設置していますか。  
 (該当する項目に○をお願いします)

はい ・ いいえ
----------

【15】国では、コロナ罹患後症状で悩む方が医療に繋がるため、相談・診療に対応いただける医療機関を自治体ホームページで公表することとしています。公表の内容は「医療機関名」「住所」「電話番号」「診療の対象」「対応可能な症状」「予約の要否」「公式 WEB サイト」「曜日毎の診療時間」（問 5～13）です。

貴院を罹患後症状の診療をする医療機関として、道のホームページで公表することは可能でしょうか。

- 公表可能  
 公表は不可だが、保健所からの紹介については可

【16】ご意見について

前述の報告内容のほか、発熱患者への対応や、感染拡大防止に係る取組等について、ご意見等がございましたらご記載願います。

#### **変更する場合**

【17】変更内容について

現在掲載されている情報をよくお確かめのうえ、変更内容を記入してください。

#### **削除する場合**

【18】削除する理由について

差し支えなければ、理由を記入してください。

**ご協力、ありがとうございました。**