

医療機関各位

徳島県医師会

「地域外来・検査センター」検査申込連絡先の変更について

平素は、本会活動にご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

「地域外来・検査センター」については本年5月1日から、医療機関からPCR検査を必要と判断される場合について検体採取のうえ検査を行っておりますが、11月7日（土）受付分より受付業務が徳島県医師会事務局から、県から委託された民間企業が行うこととなりました。

ついでには、11月7日以降は下記連絡先へお間違のないようお電話・FAX下さいますようお願いいたします。検査結果についても陰性結果は委託した「地域外来・検査センター受付（民間企業）」より、今まで通り検査を受けられた方と医療機関へ報告が行われます。

なお、問診票および送付書の記載事項に変更はございませんが、連絡先が変更になる関係で問診票（Ver.4.1）送付書（Ver.2.1）に変更いたします。医療機関からの検査予約の方法は今まで通りですのでご了承下さいますようお願いいたします。

記

検査申込連絡先：088-676-4567

問診票等送付先：088-676-4569

受付時間：午前10時～午後4時

- 1) 医療機関から検査の予約をする場合は、問診票を送付する前に「検査申込連絡先」へ予約の電話をお願いします。
- 2) 予約受付後に、問診票および送付書をFAXにてお送りください。折り返し「地域外来・検査センター受付」より、個人情報に関する箇所（氏名・住所等）を電話にて聞き取りをさせていただきます。
- 3) 検査はドライブスルー方式で実施しています。地域外来・検査センターへの紹介の考え方の1.の④にあるように、お車で地域外来・検査センターまで来られる方（家族が車に乗せてくる場合は可）が検査を受けられます。公共交通機関やタクシー、自転車・バイクを利用した検査は受けられませんので、医療機関におかれては検査予約前に必ず患者様からご確認していただきますようお願いいたします。
- 4) 地域外来・検査センターは曜日によって開設場所が異なり、検査方法も唾液検査ではなく鼻咽頭検査のみの実施となる場合もございます。

※センター連絡先の変更については、徳島県医師会報11月号に挟み込みしておりますし、徳島県医師会ホームページからカラー版でダウンロードできます。（非公開の内容を含んでおりますので、院内掲示等は厳にお控え下さい）

徳医発第78号
令和2年8月17日

各医療機関の長 様

徳島県医師会
会長 齋藤義郎

地域外来・検査センター運用における変更について（通知）

日頃は、新型コロナウイルス感染症の対応並びに地域外来・検査センターの運営に多数の会員の皆様に御協力頂いており、心より感謝申し上げます。

さて、本県でも7月24日からは連日のように感染者が確認されており、地域外来・検査センターの1日あたりの検査数も急増しているため、検査の効率化を図る必要が生じてまいりました。

また、PCR検査の検体として、6月には症状発症から9日以内の者（発症日を1日目とする）、7月には無症状者について「唾液」が認められ、より安全に検体採取を行うことが可能となったところです。

つきましては、地域外来・検査センターの運営を、以下のように変更しますので、ご理解・ご協力下さいますよう、よろしくお願い申し上げます。

1. 地域外来・検査センター紹介時に、紹介医師が概ね発症後7日以内（※）と判断した患者については、採取検体を原則「唾液」とします。問診票に「発症後7日以内かどうかをチェックする欄を設けていますので、必ずご記入ください。

なお、上記要件を満たさないものや、唾液の採取が難しいもの、また検査体制等の都合で、「鼻咽頭ぬぐい液」での検査を実施する場合がありますのでご容赦ください。

2. 効率的な検体採取体制を整えるため、これまで実施していた「検温」、「酸素飽和度」の測定は割愛し、問診の確認のみといたします。

※「唾液」による検体採取については、おおよそ発症から「9日」程度の患者はウイルス検出量も比較的高く、10日以降は低下することが報告されています。患者が発症日時を正確に把握していない場合も考えられますので、当会としては、問診時に患者から聞き取った発症日から「7日以内」のケースについて、「唾液」での検査対象とします。

地域外来・検査センター診療録・問診票

診療情報提供書

地域外来・検査センター 担当医殿

下記新型コロナウイルス感染の疑いの所見あり、PCR検査をお願いいたします。

※かかりつけ医は太枠で囲まれた項目を記載

保健所報告書

外来名：地域外来・検査センター（徳島）

※地域外来・検査センターでは太枠以外の項目を記載

傷病名：新型コロナウイルス感染症疑い	保険証 記号番号：	職 業：
受付番号：	患者携帯 電話番号：	車両番号：
ふりがな 患者氏名：	患者住所：	

※紹介医療機関は以下の太枠線内の記入をお願いいたします。

生年月日：大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)	性 別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
紹介医療機関受診日：令和2年 月 日	紹介医療機関名：

※発症後7日以内（症状発症日を第1日とする）ですか？（はい・いいえ） 鼻出血しやすい

症状のあるものにチェック	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 37.0℃未満 <input type="checkbox"/> 37.0℃台 <input type="checkbox"/> 38.0℃以上 月 日から 又は () 日前から
	<input type="checkbox"/> 息苦しさ・息切れ	月 日から 又は () 日前から
	<input type="checkbox"/> 咳	月 日から 又は () 日前から
	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感・筋肉痛	月 日から 又は () 日前から
	<input type="checkbox"/> 味覚異常・嗅覚異常	月 日から 又は () 日前から
	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻閉	月 日から 又は () 日前から
	<input type="checkbox"/> 咽頭痛	月 日から 又は () 日前から
	<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐	月 日から 又は () 日前から
	<input type="checkbox"/> 下痢	月 日から 又は () 日前から
	<input type="checkbox"/> 腹部違和感・腹痛	月 日から 又は () 日前から
	<input type="checkbox"/> 頭痛	月 日から 又は () 日前から
	<input type="checkbox"/> 胸痛	月 日から 又は () 日前から
	<input type="checkbox"/> その他()	月 日から 又は () 日前から
	該当にチェック	<input type="checkbox"/> 基礎疾患あり
<input type="checkbox"/> 受診歴あり		医療機関名（紹介医療機関以外）：
行動歴・接触歴あるものにチェック	※その他所見・特記事項	<input type="checkbox"/> 家族内（同居人）に発熱、感冒症状の人あり
		<input type="checkbox"/> 発症前2週間以内に、感染者との接触あり
		<input type="checkbox"/> 発症前2週間以内に県外への出張・旅行等あり () 都道府県
		<input type="checkbox"/> 発症前2週間以内に公共交通機関の利用あり (バス・列車・タクシー・船舶・飛行機・その他)
		<input type="checkbox"/> 発症前2週間以内に、公共機関の利用あり (県庁・市役所・役場・病院・学校・その他 ())
		<input type="checkbox"/> 発症前2週間以内に、その他の施設利用あり <input type="checkbox"/> ライブやコンサートなどの会合・集会・スポーツ観戦の利用 () <input type="checkbox"/> デパート・コンビニエンスストア・その他の店舗 () <input type="checkbox"/> レストラン・食堂・居酒屋・ホテル・旅館など ()

※以下は地域外来・検査センターの記載となりますので、紹介医療機関は記入しないで下さい。

診療年月日：令和2年 月 日	検体採取日：令和2年 月 日
検査結果： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	検体採取医師名：
処方及び処置	
所見等特記事項があれば記載	

地域外来・検査センター診療録・問診票

診療情報提供書

保健所報告書

地域外来・検査センター 担当医殿

外来名：地域外来・検査センター（徳島）

下記新型コロナウイルス感染の疑いの所見あり、PCR検査を
お願いいたします。

※かかりつけ医は太枠で囲まれた項目を記載

※地域外来・検査センターでは太枠以外の項目を記載

傷病名：新型コロナウイルス感染症疑い	保険証 記号番号：	職 業：
受付番号：	患者携帯 電話番号：	車両番号：
ふりがな		
患者氏名：	患者住所：	

※紹介医療機関は以下の太枠線内の記入をお願いいたします。

生年月日：大正・昭和・平成	年	月	日	(歳)	性 別：	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
紹介医療機関受診日：令和2年	月	日	紹介医療機関名：				
※発症後7日以内（症状発症日を含む）ですか？（はい・いいえ） <input type="checkbox"/> 鼻出血しやすい							
<input type="checkbox"/> 37.0℃台 <input type="checkbox"/> 38.0℃以上							
の あ る も の に チ ェ ッ ク	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感・筋肉痛	月	日から	又は	()	日前から	
	<input type="checkbox"/> 味覚異常・嗅覚異常	月	日から	又は	()	日前から	
	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻閉	月	日から	又は	()	日前から	
	<input type="checkbox"/> 咽頭痛	月	日から	又は	()	日前から	
	<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐	月	日から	又は	()	日前から	
	<input type="checkbox"/> 下痢	月	日から	又は	()	日前から	
	<input type="checkbox"/> 腹部違和感・腹痛	月	日から	又は	()	日前から	
	<input type="checkbox"/> 頭痛	月	日から	又は	()	日前から	
	<input type="checkbox"/> 胸痛	月	日から	又は	()	日前から	
	<input type="checkbox"/> その他()	月	日から	又は	()	日前から	
該 当 に チ ェ ッ ク	<input type="checkbox"/> 基礎疾患あり	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患（COPD等） <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤の使用 <input type="checkbox"/> 抗がん剤の使用 <input type="checkbox"/> 透析治療中 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
	<input type="checkbox"/> 受診歴あり	医療機関名（紹介医療機関以外）：					
行 動 歴 ・ 接 触 歴 あ る も の に チ ェ ッ ク	<input type="checkbox"/> 行動歴・接触歴	網掛け部分は医療機関で記入はしないで下さい					
	※その他所見・特記事項	() 都道府県					
		<input type="checkbox"/> 発症後、公共機関の利用あり (県庁、役場・病院・学校・その他 ())					
		<input type="checkbox"/> 発症後、市内に、その他の施設利用あり <input type="checkbox"/> ティー・コンサートなどの会合・集会・スポーツの利用 () <input type="checkbox"/> ティー・コンビニエンスストア・その他の店舗 () <input type="checkbox"/> レストラン・食堂・居酒屋・ホテル・旅館など ()					

※以下は地域外来・検査センターの記載となりますので、紹介医療機関は記入しないで下さい。

診療年月日：令和2年	月	日	検体採取日：令和2年	月	日
検査結果： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	検体採取医師名：				
処方及び処置					
所見等特記事項があれば記載					

問診票送付書

受付時間 10:00-16:00

※FAX 送信の前に必ずお電話をお願いします。

電話 088-676-4567 FAX 088-676-4569

令和 年 月 日

_____名分の問診票をお送りします。

- ・医療機関名 _____
- ・問合先担当者 _____
- ・電話番号 _____

※上記については、患者様の問診票をFAXしていただいた後、患者様の保険証記号番号、携帯電話番号、氏名、住所などをお伺いします。

- ・陽性結果の連絡先番号： _____
- ・連絡先担当者名： _____

※夜間にご連絡をさせていただきますので、必ずご記入ください。

- ・陰性結果の連絡先番号： _____

問診票のFAX送信に関しては個人情報を扱うこととなります。誤送信などを考え問診票には氏名・住所・携帯電話番号は記入しないようお願いいたします。県医師会にFAX着信後に問合担当者へお電話をして、上記内容をお聞きし事務局で書き込みを行います。

医療機関（かかりつけ医）における手順

- ①医療機関（かかりつけ医）は、「地域外来・検査センターへの紹介の考え方」2. の通り、PCR検査が必要と判断した場合は、「地域外来・検査センター受付」（民間企業）に電話連絡（088-676-4567）し、「地域外来・検査センター」の検査の受診調整を依頼してください（10時から16時まで）。
「診療・検査協力医療機関」および「検査協力医療機関（集合契約）」からの検査依頼も可能です。
- ②「地域外来・検査センター受付」は、PCR検査の受付（検体採取は原則翌日）をいたします。
（「地域外来・検査センターへの考え方」1. に該当の患者さんでないか確認させていただきます）
- ③医療機関（かかりつけ医）は、問診票の太枠内の項目を記載し、「地域外来・検査センター受付」へ電話の後16時までに送付書を付けてFAX（088-676-4569）でお送りください。
- ④医療機関（かかりつけ医）は当該患者に、電話により、「地域外来・検査センター受付」から受診日時・受診場所・受診方法などについて電話（15時～18時までの間に連絡）があることをお伝えください。
- ⑤「地域外来・検査センター受付」は、患者に対し電話で「地域外来・検査センター」の受診日時・受診場所・受診方法などをお伝えするとともに、予め、検査結果の伝達方法についてお伝えします（陽性の場合には、保健所から連絡があり、積極的疫学調査として行動履歴等の確認の協力要請があることを伝達します）。
- ⑥「地域外来・検査センター」での検体採取は原則翌日に行われます。検査は保健製薬環境センターにおいて実施されます。医療機関に対して、結果は、陽性の場合には採取当日、もしくは翌日に保健所から連絡がありますが、合わせて発生届の依頼がありますので、よろしくお願いたします。

地域外来・検査センターへの紹介の考え方

(令和2年10月30日現在)

地域外来・検査センターは、10月30日より、これまでの東部2カ所に加え、南部、西部にも各1カ所設置されます。なお、南部、西部については、検体は唾液のみになります。唾液による検査対象は引き続き、紹介時点で、発症日を第1日とし発症後概ね7日以内としますが、東部においては鼻咽頭拭いも継続いたします。現在、徳島県医師会に設置している紹介先電話番号も11月7日受付分から変更となります。

なお、4カ所とも、「診療・検査協力医療機関」および「検査協力医療機関（集合契約）」からの検査依頼も可能です。

1. 以下の患者は、現行の帰国者・接触者外来へ紹介する場合は受診・相談センター（保健所）に相談するか、対象者の検査が可能である「診療・検査協力医療機関」を案内する。

- ①未就学児
- ②著しく強い倦怠感・呼吸困難症状を訴える者
- ③胸部X線撮影等で肺炎像の見られる者
- ④症状や車を運転しない等により、自力で「地域外来・検査センター」を受診できない者（ただし、家族が車に乗せてくる場合は地域外来・検査センターで対応）

2. 医療機関（かかりつけ医）がPCR検査を必要と判断した患者は、全て検査対象とする。

かかりつけ医からの紹介患者はすべて対象となり、検査可能な人数を超える場合は、検査実施が翌日送りとなる場合もあります。以下の判断目安は、今後の状況に応じて見直します。

- ①強い倦怠感や呼吸器症状、高熱等の強い症状がある者
- ②2週間以内に、コロナウイルス感染症者や疑われる者と接触歴があり、発熱や感冒症状がある者
- ③2週間以内に、県外（特に感染拡大がみられる地域）に行っており、発熱や感冒症状が続く者
- ④2週間以内に、密集・密接・密閉となる施設の利用があり、発熱や感冒症状が続く者
- ⑤基礎疾患があり、発熱や感冒症状が続く者
- ⑥高齢者で、発熱や感冒症状が続く者
- ⑦医療従事者等、ハイリスクの職業で発熱や感冒症状が続く者
- ⑧その他、かかりつけ医が新型コロナ感染症を疑う者