

第一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一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。

以下の第一種協定指定医療機関（病床）の指定要件を満たしている。

第一種協定指定医療機関（病床）の指定要件
<ul style="list-style-type: none">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、必要な医療（※2）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、新型インフルエンザ等感染症若しくは指定感染症の患者又は新感染症の所見がある者を入院させ、必要な医療を提供する体制（※3）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：酸素投与及び呼吸モニタリングが可能であること
※3：検査を行う体制や、医療従事者への訓練・研修等の感染症患者に対応する人材の確保を含む。