

令和2年5月29日

所沢市医師会PCR検査センター
登録医 各位

所沢市医師会会長
京谷圭子
感染症担当理事
赤津拓彦

所沢市医師会PCR検査センター開始について（連絡）

標記について、下記の通り連絡します。6月3日が第1回目のPCR実施日となりますので御活用下さい。6月の予定は毎週月曜日、水曜日になります。7月以降については追って御連絡差し上げます（月、木になる可能性）。

記

1. 経緯

所沢市医師会PCR検査センター開設準備を進めておりましたが、会員の皆様の御協力により、ようやく開始の準備が整いました。

2. PCR検査センターでの検体採取の依頼について

PCR検査センターでの検体採取を依頼頂けるのは、登録医からです。

3. PCR検査センター実施要領について

別添1の資料の通りですが、御確認をお願い致します。重要なポイントは次項の通りです。

4. 重要なポイント

- (1) PCR検査センターでは検体採取のみを行い、診察や処方はしないこと。
- (2) 登録医からの依頼で予約制であること（PCRセンターへのFAX）。
- (3) 定型の診療情報提供書を使用すること。
- (4) 診療報酬請求（PCRの実施についての）は紹介元で必ず行う事。雛形を添付します。
- (5) 後日、PCRの検体採取に関わる費用を医師会から依頼元に御請求致しますが、事務、諸経費含めて15,000円程度（月締め）を考えています。
- (6) 結果の報告は医師会事務局から紹介元に行くこと。

- (7) 患者への連絡、陽性の場合の保健所への発生届は紹介元から行うこと。
- (8) ウイルス性肺炎の所見がある患者や緊急性のある患者はこれまで通り、保健所に相談し、帰国者・接触者外来へ受診をして頂くこと。

5. その他

(1) 自院で採取する場合

自院で採取し、検体を持ち込むことを認めることになりました。但し、必ず、PCR検査センターに連絡を入れ、所定の診療情報提供書は御準備下さい。検体の持ち込みはPCR検査センターの営業日、営業時間として下さい。時間がずれる場合は別途ご相談をお願い致します（業者の回収時間の都合）。

検体容器（冷蔵保管）は医師会事務局にございますので、必要時、事前にご連絡ください。

(2) 他市からの患者の申し込みについて

かかりつけ医からの要請であれば、患者の居住地の制限は致しません。

(3) 小児の受け入れについて

この度は、小児のPCR採取の受け入れはできません。申し訳ございません。自院で採取された検体持ち込みは可能です。

所沢市医師会 PCR 検査センター実施要領

1 事前準備

(1) PCR 検査センター利用医療機関は事前に医師会事務局へ登録

2 検査依頼（予約）

(1) PCR 検査が必要と認められる患者の診療情報提供書（別添2）作成

(2) PCR 検査センターへ（別添2）を FAX 送信（04-2998-5941）

(3) 患者へ PCR 検査センター案内図（別添3）を手渡す

(4) 保険診療にて PCR 検査費用を含めて算定し患者支払いを求める ※1

保険請求の詳細については、*参考*をご覧ください。

【 PCR検査センターへ依頼した場合 】

検査内容	診療報酬項目	報酬点数
初診料（※）		288
微生物核酸同定・定量検査	SARS コロナウイルス核酸検出 450点×4	1,800
微生物学的検査判断料		150
<u>合 計</u>		<u>2,238</u>

※窓口負担は「初診料」分を徴収することになります。

【 自院で採取した場合 】

検査内容	診療報酬項目	報酬点数
初診料（※）		288
院内トリアージ実施料（※）		300
微生物核酸同定・定量検査	SARS コロナウイルス核酸検出 450点×4	1,800
微生物学的検査判断料		150
鼻腔・咽頭拭い液採取（※）		5
<u>合 計</u>		<u>2,543</u>

※窓口負担は「初診料」「院内トリアージ実施料」「鼻腔・咽頭拭い液採取」
分を徴収することになります。

参考 【 PCR 検査の保険適用と保険請求の方法 】

<https://hodanren.doc-net.or.jp/iryoukankei/19ncov/#2-5>

医師会等が運営する「地域外来・検査センター」に対して、登録した地域の医療機関が診療情報提供を行い、患者を紹介して検査を実施する場合

1. 検査料・判断料の点数は、次の通り。

① D023 SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出
・検体採取実施医療機関以外の施設へ輸送し検査を実施した場合 1,800 点

② 微生物的検査判断料 150 点

2. 検査料と判断料の患者負担分は公費負担となり、そのほかの下記により請求する。

・初・再診料及び検査料と検査判断料、鼻腔・咽頭拭い液採取料を含めて、支払基金又は国保連合会に対して公費負担番号を記載して請求する。(ただし、公費負担されるのは、検査料と検査判断料の窓口負担分に限られる)

・公費負担の法別番号は、28 であり、保険医療機関の所在地に応じて該当する、下記ホームページの P.3～5 に掲載された公費負担者番号 (8 桁) を記載する。

https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tohoku/shido_kansa/000141724.pdf

・公費負担医療の受給者番号は、全ての患者に「9999996 (7 桁)」を記載する。

・本請求に係る「請求」の項には、実際に算定した検査料 (「SARS-CoV-2 (新型コロナウイルス) 核酸検出」) 及び微生物学的検査判断料の合計点数を記載する。また、本請求に係る「負担金額」又は「一部負担金額」の項には「0 円」と記載する。

・窓口負担は、検査料と検査判断料を除いて徴収する。

3 予約確認・検査実施（PCR検査センター・患者間で実施）

- (1) PCR検査センターから患者へ検査日時の電話連絡
- (2) PCR検査センターで患者の検体採取実施

4 結果

- (1) 医師会事務局から検査依頼医療機関へ結果を通知（検査後2～3日）
- (2) 検査依頼医療機関から患者へ連絡、陽性時は保健所へ届出（別添4）※2
狭山保健所 TEL 04-2954-6212 FAX 04-2954-7535

5 検査費用

後日、検査依頼医療機関から徴収（事務、諸経費含め 1件 15,000円程度
（月締め）を予定）

6 注意事項

PCR検査センターは、検査のための検体採取のみを行います。初期治療およびPCR検査結果の患者への説明や陽性時の届出、その後の治療は、検査を依頼された医療機関で実施してください。

診療情報提供書（別添2）の2～7欄は、もれなく記載してください。

7 所沢市医師会PCR検査センター概要

実施主体：所沢市医師会（埼玉県委託業務）

実施場所：市民医療センター敷地内

実施日時：令和2年6月3日（水）～10月30日（予定）

週2回（当初、月・水または月・木）、13:30～15:30（予約制）

検査数：1日最大10人

※1 厚労省：令和2年5月13日第2版「地域外来・検査センター運営マニュアル」P18参照

※2 厚労省：令和2年5月13日第2版「地域外来・検査センター運営マニュアル」P21参照

令和 年 月 日

令和 年 月 日

診療情報提供書

保健所報告書

所沢市医師会PCR検査センター 御担当医殿

地域外来・検査センター名 所沢市医師会PCR検査センター

下記新型コロナウイルス感染の疑いの所見あり、PCR検査をお願いしたく存じます。2～7を記載

1・8を記載

医師氏名【 】

提出者情報	
医療機関名称	
住所	
電話番号	
ファックス番号	
医師氏名	
所属医師会	
管轄保健所	

1.検査結果等	
検査採取日	令和 年 月 日
検体の種類	<input type="checkbox"/> 咽頭(PCR) <input type="checkbox"/> 鼻咽頭(PCR) <input type="checkbox"/> 鼻咽頭(抗原)
検査結果	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
検査結果判明日	令和 年 月 日
新型コロナ以外の検査	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
〔実施した検査と結果〕	

2.患者情報			
ふりがな		生年月日・年齢	(明治、大正、昭和、平成、令和) 年 月 日 歳
氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
職業		(勤務先・学校等)	
住所			
電話番号(自宅)		電話番号(携帯)	
メールアドレス			
現時点の居所			
医療保険情報(被保険者番号・記号・番号・枝番)			
同居家族	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患者 <input type="checkbox"/> 免疫抑制状態者 <input type="checkbox"/> 妊娠者 <input type="checkbox"/> 医療従事者等) <input type="checkbox"/> なし		

3.患者本人以外の連絡者			
ふりがな		続柄	
氏名			
住所			
電話番号(自宅)		電話番号(携帯)	
メールアドレス			

4. 医師による確認事項			
妊娠の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	ありの場合月数	
喫煙の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	喫煙歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
基礎疾患の有無	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症(高コレステロール血症) <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 ()		

5.症状あるものにチェック		6. 現在の処方	
<input type="checkbox"/> 咳・鼻水	() 日前から		
<input type="checkbox"/> 発熱	() 日前から		
<input type="checkbox"/> 全身倦怠感	() 日前から		
<input type="checkbox"/> 呼吸苦	() 日前から		
<input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚異常	() 日前から		
<input type="checkbox"/> その他の症状	()	7. 特記事項	

8.患者の症状等			
重症か否か	<input type="checkbox"/> 重症 <input type="checkbox"/> 重症でない	重症(※)と判断した日付	令和 年 月 日
発症年月日	令和 年 月 日		
検査依頼時点の症状	<input type="checkbox"/> 4と5と同じ <input type="checkbox"/> それ以外の症状(具体的に記載)		
推定感染源			

※黄色の欄は外来・検査センター側で記載 ピンク・赤の欄は紹介元医療機関で記載

※重症とは、ICU入室又は人工呼吸器の使用

(別添3)



●注意事項●

PCR 検査センターは、検体を採取するのみで診察や処方はいりません。

予約時間の10分前を目安にご来場ください。(あまりの早着はおやめください) また来場時はマスクを着用してください。上図の場所に係員がいます。場内では係員の誘導に従ってください。建物の内部には立ち入らないでください。ご本人確認のため必ず健康保険証をお持ちください。検査結果は、かかりつけの先生からお知らせします。(結果のお問い合わせにはお答えできません)

予約日時 (PCR 検査センターからの予約確認電話の際、ご記入ください)

月 日 () 午後 時 分

所沢市医師会 PCR 検査センター

〒359-0025 所沢市大字上安松1224番地の1(市民医療センター敷地内)

電話 04-2992-1151 FAX 04-2998-5941

新型コロナウイルス感染症 発生届

都道府県知事 (保健所設置市長・特別区長) 殿

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第12条第1項 (同条第6項において準用する場合を含む。)の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 令和 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
(署名又は記名押印のこと)

従事する病院・診療所の名称 _____
上記病院・診療所の所在地(※) _____
電話番号(※) _____ - _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

1 診断(検案)した者(死体)の種類 ・患者(確定例) ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体					
2 当該者氏名	3 性別 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢(0歳は月齢) 歳 (月)	6 当該者職業	
7 当該者住所 電話 () -					
8 当該者所在地 電話 () -					
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入) 電話 () -				

11 症状 ・発熱 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状 ・重篤な肺炎 ・急性呼吸器症候群 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 飛沫核・飛沫感染 (感染源の種類・状況:) 2 接触感染 (接触した人・物の種類・状況:) 3 その他 () ② 感染地域 (確定・推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国) 詳細地域 () ※ 複数の国又は地域該当する場合は全て記載すること。 渡航期間(出国日 年 月 日・入国日 年 月 日 国外居住者については、入国日のみで可)				
	12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体(喀痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、咽頭拭い液、鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、剖検材料、その他:) ・検体から核酸増幅法による病原体遺伝子の検出 検体(喀痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、咽頭拭い液、鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、剖検材料、その他:)	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項			
13 初診年月日		令和	年	月	日
14 診断(検案)年月日(※)	令和	年	月	日	
15 感染したと推定される年月日	令和	年	月	日	
16 発病年月日(*)	令和	年	月	日	
17 死亡年月日(※)	令和	年	月	日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
(※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者(確定例)を診断した場合のみ記入すること。
11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)