

別紙様式

感染症法第16条の2第1項に基づく協力要請への回答票

入院重点医療機関等

(新型コロナウイルス感染症入院重点医療機関、新型コロナウイルス感染症患者(疑似症を含む)の入院を受け入れている病院及び回復期支援病院)

医療機関名		(担当)	
連絡先	(電話)	(E-mail)	
医療機関コード		区市町村名	
医療機関住所			

(1) 次のアからウのいずれか1つ以上に協力してください。

ア 最大確保病床における最大限の入院患者の受入

- レベル3-Bの割り当て病床数と申請した確保病床数の多いほうの数を記入してください。(令和3年8月18日に都が開催した病院説明会で説明済)
- 回復期支援病院は、回復期支援病床欄に確保病床数を記入してください。

区分	病床数
重症	
中等症	
軽症	
回復期支援病床	
その他 ()	

イ 更なる病床確保

区分	病床数
重症	
中等症	
軽症	
回復期支援病床	
その他 ()	

ウ 都が要請した施設(※)に対する人材派遣。ただし、アへの協力を最優先すること
 派遣人数は、1人以上とします。希望する曜日などは条件等に記入してください。

施設	人数	派遣可能日数	条件等
病院	医師	週・月を選択	
	看護師	週・月を選択	
臨時の医療施設	医師	週・月を選択	
	看護師	週・月を選択	
宿泊療養施設	医師	週・月を選択	
	看護師	週・月を選択	
入院待機ステーション	医師	週・月を選択	
	看護師	週・月を選択	
酸素ステーション	医師	週・月を選択	
	看護師	週・月を選択	
その他	医師	週・月を選択	
	看護師	週・月を選択	

※ 都が要請した施設：病院、臨時の医療施設、宿泊療養施設、入院待機ステーション、酸素ステーション等

(2) 協力に応じられない場合は、その理由を記入してください。