

(別添)

## 新興感染症対応の協定締結等に先立つ医療機関調査（事前調査）について

記載例

(送信票不要)

送付先：佐賀県健康福祉部健康福祉政策課

感染症対策担当 宛

E-mail：kansensyou@pref.saga.lg.jp

TEL： 0952-25-7075

FAX： 0952-25-7268

### 回答者欄

薬局名	A薬局
所在地	佐賀市〇〇町1丁目123番地1号
電話番号	0123-45-6789
保険医療機関番号※7桁	0123456
管理者	佐賀太郎
担当部署（担当者）	事務 佐賀次郎
メールアドレス	aaaaaa@pref.saga.lg.jp

### 【趣旨】

新興感染症（新型インフルエンザ等感染症、指定感染症（当該指定感染症に罹った場合の病状の程度が重篤であり、かつ、全国的かつ急速なまん延のおそれがあるものに限る）及び新感染症を基本とする。）に係る医療を提供する体制の確保に必要な措置を迅速かつ適確に講ずるため、感染症法第36条の3第1項の規定に基づく協定締結に当たっての意向について伺いたく、以下にご回答をお願いするものです。

その際、現に対応しており、これまでの対応の教訓を生かすことができる新型コロナへの対応を念頭に取り組むこととされていますので、貴局での新型コロナ対応の実績を踏まえつつ、ご回答をお願いします。

### ① 自宅療養者等への医療の提供

自宅療養者等への医療の提供が可能かどうか、以下にご回答ください。

※服薬指導や薬剤等の配送については、対応いただく日時は考慮せず、ご回答ください。

(参考) 対応可能見込数については、参考記載とし、可能な範囲でご記載ください。

#### (1) 自宅療養者への電話・オンライン服薬指導等の可否

項目	提供の可否【流行初期期間】（発生公表後3ヶ月程度）	
	提供の可否	薬剤等の配送の可否
①不可 ②電話やオンライン服薬指導 ③訪問しての服薬指導 ④両方可 のいずれか でご回答ください	④両方可	○
(参考) 対応可能見込数 「最大〇〇人/日」とご記載ください。	5	薬剤等の配送の可否は ○か×でご回答ください。

項目	提供の可否【流行初期期間経過後】（発生公表後4ヶ月～）	
	提供の可否	薬剤等の配送の可否
①不可 ②電話やオンライン服薬指導 ③訪問しての服薬指導 ④両方可 のいずれか でご回答ください	④両方可	○
(参考) 対応可能見込数 「最大〇〇人/日」とご記載ください。	5	薬剤等の配送の可否は ○か×でご回答ください。

(2) 宿泊療養施設療養者への電話・オンライン服薬指導等の可否

項目	提供の可否【流行初期期間】（発生公表後3ヶ月程度）	
	提供の可否	薬剤等の配送の可否
①不可 ②電話やオンライン服薬指導 ③訪問しての服薬指導 ④両方可 のいずれか でご回答ください	④両方可	○
（参考）対応可能見込数 「最大〇〇人/日」とご記載ください。	5	薬剤等の配送の可否は ○か×でご回答ください。

項目	提供の可否【流行初期期間経過後】（発生公表後4ヶ月～）	
	提供の可否	薬剤等の配送の可否
①不可 ②電話やオンライン服薬指導 ③訪問しての服薬指導 ④両方可 のいずれか でご回答ください	④両方可	○
（参考）対応可能見込数 「最大〇〇人/日」とご記載ください。	5	薬剤等の配送の可否は ○か×でご回答ください。

(3) 高齢者施設等への電話・オンライン服薬指導等の可否

項目	提供の可否【流行初期期間】（発生公表後3ヶ月程度）	
	提供の可否	薬剤等の配送の可否
①不可 ②電話やオンライン服薬指導 ③訪問しての服薬指導 ④両方可 のいずれか でご回答ください	④両方可	○
（参考）対応可能見込数 「最大〇〇人/日」とご記載ください。	5	薬剤等の配送の可否は ○か×でご回答ください。

項目	提供の可否【流行初期期間経過後】（発生公表後4ヶ月～）	
	提供の可否	薬剤等の配送の可否
①不可 ②電話やオンライン服薬指導 ③訪問しての服薬指導 ④両方可 のいずれか でご回答ください	④両方可	○
（参考）対応可能見込数 「最大〇〇人/日」とご記載ください。	5	薬剤等の配送の可否は ○か×でご回答ください。

② 個人防護具の備蓄（任意）

個人防護具の備蓄の予定等があれば、以下にご回答ください。

※N95マスクについては、DS2マスクでの代替も可能です。

※アイソレーションガウンには、プラスチックガウンも含まれます。

※フェイスシールドについては、再利用可能なゴーグルの使用での代替も可能です。

必要人数分の必要量を確保していれば、フェイスシールドの備蓄をすることを要しないものとし、かつ、フェイスシールドの使用量2か月分を確保しているものとして取り扱われます。

項目		備蓄予定	
		○か月分	○枚
サージカルマスク	備蓄の予定がある物資のみ	2	100
N95マスク			
アイソレーションガウン	○か月分及び ○枚の欄に数をご記載ください	2	100
フェイスシールド		2	100
非滅菌手袋			