

別表（薬局用）

| | |
|------|--|
| 担当者 | |
| 電話番号 | |
| アドレス | |

※医療機関の基本情報は変更前後の内容を、それ以外の項目は変更のある項目のみ変更後の内容を入力ください。
(対応不可に変更する場合、該当項目に「0」を入力ください。)

| 医療機関の基本情報 | 変更前 | 変更後 |
|-----------|-----|-----|
| 医療機関名 | | |
| 所在地 | | |
| 保険医療機関番号 | | |
| G-MIS ID | | |
| 開設者 | | |
| 管理者 | | |
| 連絡先 | | |
| メールアドレス | | |

第3条 医療措置の内容

| | (単位：人/日) | 流行初期期間経過後 | | | |
|-------------------------------------|----------|-----------|-----------|--------|------|
| | | オンライン服薬指導 | 訪問しての服薬指導 | 薬剤等の配送 | 健康観察 |
| 対応内容に変更がある場合、対応可能見込み数（〇人/日）を入力ください。 | A 自宅療養者 | | | | |
| | B 宿泊療養者 | | | | |
| | C 高齢者施設 | | | | |
| | D 障害者施設 | | | | |

第4条 個人防護具の備蓄

| | (単位：か月又は枚) | 平時 | |
|------------------------------------|-------------|----|----|
| | | 月数 | 枚数 |
| 対応内容に変更がある場合、月数（か月）又は枚数（枚）を入力ください。 | サージカルマスク | | |
| | N95マスク | | |
| | アイソレーションガウン | | |
| | フェイスシールド | | |
| | 非滅菌手袋 | | |

乙欄 署名

| | | |
|-----------------------------------|---------------|--|
| 開設者と連名での協定締結を希望する場合、開設者情報を入力ください。 | 開設者との連名を希望する | |
| | 開設者住所 | |
| | 開設者名 | |
| | (法人の場合)代表者の役職 | |
| | (法人の場合)代表者氏名 | |

その他

| |
|--|
| |
|--|