

別表（訪看用）

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			
		事業所の利用者		事業所の利用者以外	
		訪問看護	健康観察	訪問看護	健康観察
対応内容に変更がある場合、対応可能見込み数（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

--