

■緊急配布要請シート（G-MIS使用不可医療機関用）について

やむをえずG-MISの使用が困難な場合に、本シートの提出によって緊急配布要請を行うことが可能です。
 本シートは①医療機関情報の入力※、②都道府県における申請確認、厚労省への提出の流れで運用します。
 ※②'販売業者の購入サイトへの登録は、別途実施して下さい。不明点があれば都道府県へお問合せ下さい。
 ※①医療機関情報の入力は、医療機関が入力しても、医療機関に情報確認のうえ都道府県が入力してもどちらでもかまいません。
 ※本要請シートの提出後は、医療機関において、販売業者の購入サイトへの登録が必要です。こちらは、別途実施して下さい。
 不明点があれば都道府県へお問合せ下さい。（要請シートの提出だけで手袋が配送されるものではありません。）



■①医療機関情報の入力 ※①医療機関情報の入力は、医療機関が入力しても、医療機関に情報確認のうえ都道府県が入力してもどちらでもかまいません。

□「申請シート_医療機関用」の記載方法（医療機関）

「申請シート_医療機関用」の「申請日時」～「コメント（任意）」まで（緑の網掛け項目）の記入して下さい。
 ※「医療機関コード」が不明な場合は、都道府県においてG-MIS内より当該医療機関のコードをご確認いただき要請シートにご入力ください。（都道府県における医療機関コードの確認方法はQAに掲載予定）
 ※入力した医療機関コードについては、①'販売業者の購入サイトでの情報登録でも入力が必要となりますので、医療機関に伝達いただくようお願いいたします。
 （または、医療機関からG-MIS窓口にお問い合わせいただき、コードを確認いただくことも可能ですが、回答にはお時間を要する場合があります。）

■緊急配布要請記載事項

項目	記入欄
申請日時	
医療機関名	
医療機関コード	
区分（診療所/病院）	
都道府県名	
郵便番号	

緑の網掛け項目のみを記入

□緊急配布の要否、最大販売枚数の確認

「申請シート_医療機関用」に入力頂いた「在庫量」「1週間の想定消費量」「1週間の購入見込み量」によって配布要否及び最大販売枚数を判定し、要となった場合に最大販売枚数を上限に購入頂くことが可能です。

下記は「申請シート_医療機関入力」の入力結果と、要否判定結果です。ご確認下さい。

① 在庫量		0 枚
② 1週間の想定消費量		0 枚
③ 1週間の購入見込み量		0 枚
配布対象		否
購入上限数		- 枚

■②都道府県による申請確認：都道府県担当者様、ご確認下さい。

□「確認シート_都道府県用」の記載・確認方法（都道府県）

「配布要否判定結果」「最大販売枚数」「都道府県意見」（青の網掛け項目）の記入、確認をお願いします。

- ・「医療機関コード」の確認が医療機関において難しい場合、都道府県において確認のうえ、記入ください。
- ※入力した医療機関コードについては、①'販売業者の購入サイトでの情報登録でも入力が必要となりますので、医療機関に伝達いただくようお願いいたします。
- ・「配布要否判定結果」「最大販売枚数」が自動で判定されます。内容をご確認下さい。
- ・上記判定結果を受けて、必要に応じて「都道府県意見」を記入して下さい。

■緊急配布要請記載事項

↓下記項目をご入力ください

項目	記入欄	記載例	備考
申請日時		2026/5/14	
医療機関名		医療法人社団 ○○会 XXXXクリニック	
医療機関コード		1234567890	医療機関でコードが不明な場合は都道府県において記入
区分		診療所	選択肢から選択して下さい
都道府県名		東京都	
郵便番号		012-3456	
医療機関住所		東京都千代田区千代田1-1	
電話番号		03-3588-3000	
担当者氏名		山田太郎	
メールアドレス		xxxx@example.com	
在庫量（前日時点の在庫量）		2100	枚数を整数で記入して下さい
1週間の想定消費量		1000	枚数を整数で記入して下さい
1週間の購入見込み量		300	枚数を整数で記入して下さい
コメント（任意）			

□緊急配布の要否、最大販売枚数の確認

上記を入力頂いた「在庫量」「1週間の想定消費量」「1週間の購入見込み量」によって配布要否及び最大販売枚数を判定し、要となった場合に最大販売枚数を上限に購入頂くことが可能です。

下記は「申請シート_医療機関入力」の入力結果と、要否判定結果です。ご確認ください。

① 在庫量 枚

② 1週間の想定消費量 枚

③ 1週間の購入見込み量 枚

配布対象

購入上限数 枚

↑上記が今回、購入可能な枚数になります

申請日時 記入例：2025/05/01	医療機関名 記入例：医療法人社団 ○○会 X XXXクリニック	医療機関コード ※患者：10桁半角 英数字で記入して下さい	区分	都道府県名	郵便番号 記入例：000-0000	医療機関住所 記入例：東京都千代田区千代田1-1	電話番号 記入例：00-0000-0000	担当者氏名	メールアドレス	在庫量 【前日時点の在庫量】 ※患者：半角で記入して下さい	1週間の想定消費量 ※患者：半角で記入して下さい	1週間の購入見込み量 ※患者：半角で記入して下さい	コメント	配布要否判定結果	最大販売枚数	都道府県意見
0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	否	