

別添

## 回答入力メモ

※本紙を印刷した上でお手元にご準備いただき、  
回答を記載してください。

### < 基本情報 >

	回答欄	
医療機関名		必要に応じて 記載
保健医療機関番号		
G-MIS ID		
医療機関の所在地		
医療機関の管理者（氏名）		
医療機関の管理者（肩書）		
協定締結担当者（氏名）		
電話番号		
メールアドレス		

### < 協定締結の意向確認 >

#### 1. 発熱外来の実施

(1) 協定の種類 (措置付き・措置なし)	<input type="checkbox"/> 措置付き	いずれかを選択
	<input type="checkbox"/> 措置なし	
(2) 診療人数（流行初期期間）		人／日
(3) 診療人数（流行初期期間経過後）		人／日
(4) 診療対象	<input type="checkbox"/> かかりつけ以外対応可	
(5) 小児対応	<input type="checkbox"/> 小児対応可	

#### 2. 検査（※核酸検出検査が実施可能な医療機関のみ回答）

(6) 流行初期期間		件／日
(7) 流行初期期間経過後		件／日

#### 3. 自宅療養者への医療の提供

(8) 電話／オンライン診療 (高齢者施設等への対応を含む)	<input type="checkbox"/> かかりつけ以外も対応可	いずれかを選択
	<input type="checkbox"/> かかりつけのみ対応可	
(9) 往診が可能 (高齢者施設等への対応を含む)	<input type="checkbox"/> かかりつけ以外も対応可	いずれかを選択
	<input type="checkbox"/> かかりつけのみ対応可	

4. 医療人材派遣（※他の医療機関等への医療従事者派遣が可能な医療機関のみ回答）

(10) 医師		人
(11) 医師（うち県外派遣可能）		人
(12) 看護師		人
(13) 看護師（うち県外派遣可能）		人
(14) その他		人
(15) その他（うち県外派遣可能）		人

5. 個人防護具の備蓄

(16) サージカルマスク		枚
(17) N95マスク		枚
(18) アイソレーションガウン		枚
(19) フェイスシールド		枚
(20) 非滅菌手袋		枚

6. 協定書内容の確認

協定書の内容全体への同意	<input type="checkbox"/> 同意する
--------------	-------------------------------

回答が準備できましたら、下記より協議フォームにアクセスし、  
回答を入力してください。

URL : [https://apply.e-tumo.jp/pref-niigata-u/offer/offerList\\_detail?tempSeq=9095](https://apply.e-tumo.jp/pref-niigata-u/offer/offerList_detail?tempSeq=9095)



（※協議フォームはシステムの仕様上、入力に一定の時間を要するとエラーが発生する場合がありますので、**必ず回答を準備してからシステムにアクセスしてください。**）

**※本紙をFAX・メールで提出することはできません。**