

## 協 議 書

再協議を要する場合

医療機関名	
医療機関所在地	
担当者氏名	
連絡先電話番号	

※協定書（案）から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」又は「×」を入力ください。）

## 第3条 医療措置の内容

## ①病床確保

		(単位：床)	流行初期期間	流行初期期間 経過後	
対応内容に変更がある場合、病床数を入力ください。	確保予定病床数（全体）				
	重症用病床数				
	特別に配慮が必要な患者の病床	A 精神疾患を有する者			
		B 妊産婦			
		C 小児			
		D 障害児者			
		E 認知症患者			
		F がん患者			
		G 透析患者			
H 外国人					
補足が必要な場合、「○」を入力ください。	自院に入院している患者又は普段から自院にかかっている患者（かかりつけ患者）に限って対応可能				

## ②発熱外来

		(単位：人/日 又は 件/日)	流行初期期間	流行初期期間 経過後
対応内容に変更がある場合、対応可能能力を入力ください。	発熱外来対応能力			
	検査（核酸検出検査）の実施能力			
補足内容に変更がある場合、「○」又は「×」を入力ください。	普段から自院にかかっている患者（かかりつけ患者）に限って対応可能			
	小児患者へ対応可能			

## ③自宅療養者等への医療の提供

		(単位：人/日)	流行初期期間経過後		
			電話/オンライン診療	往診等	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				
補足が必要な場合、「○」を入力ください。	普段から自院にかかっている患者（かかりつけ患者）に限って対応可能				

## ④後方支援

	流行初期期間	流行初期期間経過後	
対応内容に変更がある場合、「○」又は「×」を病床数を入力ください。	病床確保医療機関に代わって、一般患者の受入が可能	回復患者の転院受入れが可能	病床確保医療機関に代わって、一般患者の受入が可能

## ⑤人材派遣

		流行初期期間経過後			
		派遣可能な 人数	うち、DMAT	うち、DPAT	うち、災害支 援ナース
対応内容に変更がある場 合、派遣可能人数（人）を 入力ください。	(単位：人)				
	医師				
	看護師				
	その他				
	(単位：人)	【業務内容別内訳】			
		感染症医療担 当従事者	うち、県外派 遣可能な人数	感染症予防等 業務対応関係 者	うち、県外派 遣可能な人数
		医師			
		看護師			
		その他			

## 第4条 個人防護具の備蓄

		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。	(単位：か月 又は 枚)		
	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

記載内容に変更がある場 合、変更後の内容を入力く ださい。	医療機関住所	
	医療機関名	
	管理者	
	保険医療機関番号	
	G-MIS ID	
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	

上記の他に、協定書の内容について協議したい事項がある場合、記入ください。

(\*基本的に、上記以外の協定書の条文等は変更ができません。)

本紙を当課アドレス (kenzo10@mz.pref.chiba.lg.jp) まで返送ください。

本紙の内容を踏まえた協議書(案)を作成の上、後日、メール等にて再協議の御連絡をいたします。