

改正感染症法に基づく「医療措置協定」締結に向けた事前調査票（薬局）

回答日	
開設者	
開設者所在地（住所地）	
薬局名(支店名まで)	
薬局郵便番号	
薬局所在地	
管理薬剤師	
事務担当者氏名	
電話番号	
メールアドレス	
保険薬局番号（7桁）	
G-MIS ID	

← 法人の場合、法人の名称、代表者の役職及び氏名

【記入に際してご注意いただきたいこと等】

- ・黄色セルは入力必須項目となります。
- ・該当しない項目は、「-」と回答ください。
- ・今後の協定締結を念頭に、現時点での見込について回答ください。
- ・原則として、本回答に基づき協定を締結する予定です。

← G-MIS IDが不明、未発行の場合には入力不要です。

新興感染症（再興感染症を含み、感染症法に定める新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症を基本とする。）発生・まん延時に迅速かつ適確に講ずるための感染症法第36条の3第1項の規定に基づく協定の締結に向けて、以下についてご回答ください。なお、新型コロナ対応において、様々な変化に、その都度対応してきた実績を踏まえ、まずは新型コロナ対応での最大値の体制を目指すこととしておりますので、貴局の新型コロナ対応の実績（最大値の体制）を参考にご回答をお願いします。

① 自宅療養者等への医療の提供

流行初期以降（発生公表後6ヶ月まで）に自宅療養者等への医療の提供が可能かどうか、以下に回答ください。

項目	服薬指導		薬剤等の配送
	オンライン服薬指導	訪問服薬指導	
自宅療養者等への医療の提供の有無			
うち、自宅療養者対応			
うち、宿泊療養者対応			
うち、高齢者施設対応			
うち、障害者施設対応			

対応可能なものに○

① 自宅療養者等への医療の提供

・流行初期以降（発生公表後6ヶ月まで）の対応可否について、新型コロナでの対応を参考に回答ください。

・「オンライン服薬指導」には電話による服薬指導を含みます。

自宅療養者等への医療の提供が、「服薬指導のみ」または「薬剤等の配送のみ」の場合は、協定締結の対象になりません。

② 個人防護具の備蓄

個人防護具の備蓄の予定等について、以下に回答ください。

項目	備蓄予定		参考回答 新興感染症発生・まん延時の施設の消費量2ヶ月分（単位：枚）
	〇か月分	〇枚	
サージカルマスク	ヶ月分	枚	
N95マスク	ヶ月分	枚	
アイソレーションガウン	ヶ月分	枚	
フェイスシールド	ヶ月分	枚	
非滅菌手袋	ヶ月分	枚	

個人防護具の備蓄予定がない場合はその理由について記載ください。

② 協定締結希望日

令和〇年〇月〇日

←特に希望が無ければ本調査票提出日を御入力ください。

調査項目は以上になります。ご協力いただきましてありがとうございました。

回答内容に漏れがないか（黄色セルが残っていないか）ご確認ください、下記回答送付先にExcelデータをメール送付願います。

回答送付先メールアドレス：

（末尾は、. エルジー、ジェイビー です）

【お問合せ＆回答送付先】

群馬県 健康福祉部 感染症・疾病対策課 連携推進係（協定担当あて）

電話番号：027-226-2900

FAX番号：027-223-7950

メール：shinflu@pref.gunma.lg.jp

②個人防護具の備蓄

・備蓄予定は、〇か月、〇枚いずれも回答ください。
・備蓄量は薬局の使用量2か月分以上とすることを推奨します。

・「2か月」については、感染の波による需要の急増と、輸入の途絶が同時に発生する場合に、需給が最も逼迫する期間として設定しています。

・使用量2か月分を定める場合、特定の感染の波における使用量での2か月分ではなく、令和3年や令和4年を通じた平均的な使用量で2か月分を設定してください。

・「2ヶ月分」以外でも、例えば「1ヶ月分」や「3週間分」、「3ヶ月分」など、薬局が設定する備蓄量を回答ください。

・ただし、「2ヶ月分」以外の回答の場合、参考回答欄に2ヶ月分の消費量を回答ください。（備蓄予定が2ヶ月分の場合には、参考回答欄は「-」等と回答ください。）

※N95マスクについては、DS2マスクでの代替も可能です。
※アイソレーションガウンには、プラスチックガウンも含まれます。

※フェイスシールドについては、再利用可能なゴーグルの使用での代替も可能です。この場合において、ゴーグルは再利用が可能であり、有事におけるその薬局での1日当たり使用量を備蓄することを推奨します。必要人数分の必要量を確保していれば、フェイスシールドの備蓄をすることを要しないものとし、かつ、フェイスシールドの使用量2か月分を確保しているのと同様なものとします。