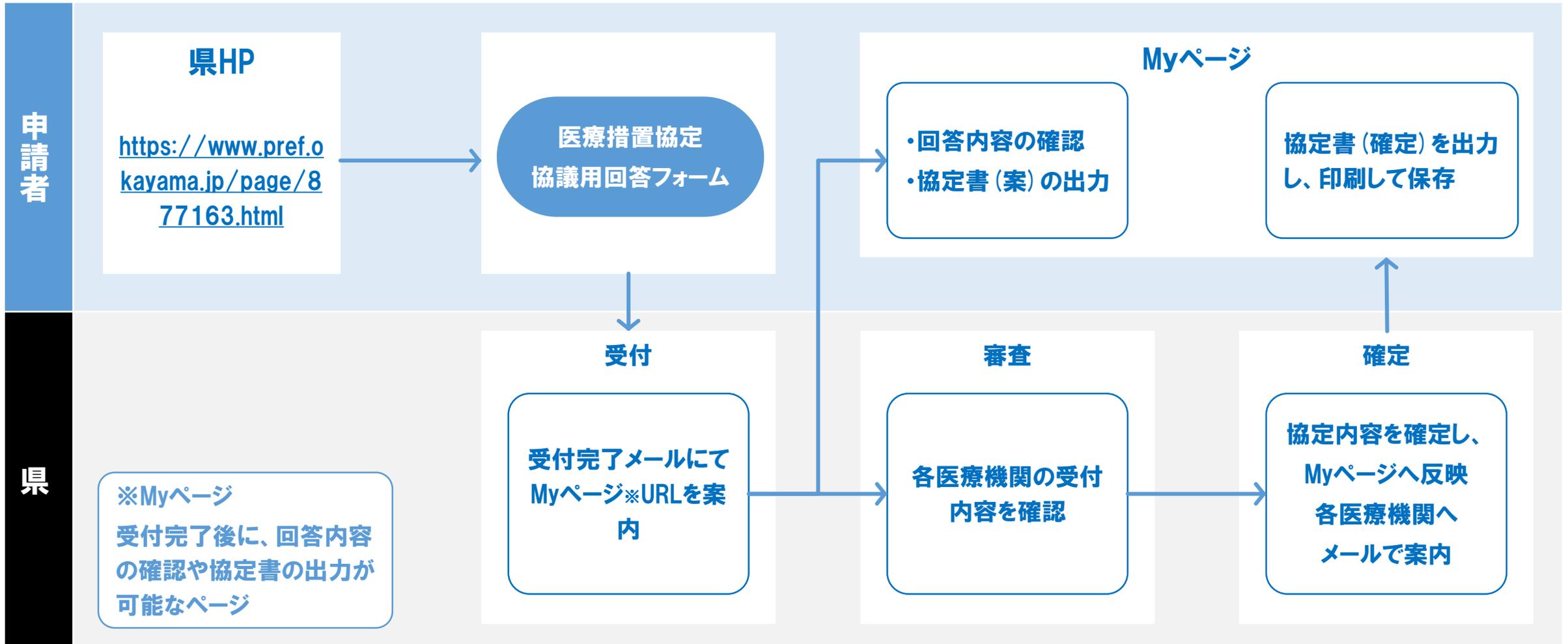


医療措置協定締結にかかる 回答方法について

(病院・診療所向け)

- 1. 締結にかかる全体の流れ**
2. 回答フォームの入力方法
3. 入力完了後 内容の確認について
4. 医療措置協定書の出力について
5. 回答内容の修正について

1. 締結にかかる全体の流れ



1. 締結にかかる全体の流れ
- 2. 回答フォームの入力方法**
3. 入力完了後 内容の確認について
4. 医療措置協定書の出力について
5. 回答内容の修正について

2. 回答フォームの入力方法①

1 病院・診療所向け

医療措置協定の締結について

協定締結に向けた協議は、下記回答フォームに入力いただくことにより行います。

協議に当たっては、説明会資料及び説明動画の確認をお願いします。

病院・診療所用
医療措置協定協議用回答フォーム

ここをクリックすると
回答フォームにアクセス
します。

県HPの「感染症法に基づく「医療措置協定」
について」

URL: (<https://www.pref.okayama.jp/page/877163.html>)

にて、それぞれの事業所種別に応じた回答
フォームから回答をしてください。

(PC・スマホどちらからでも可能です。)

「**病院・診療所用医療措置協定協議用回答
フォーム**」からアクセスしてください。

※薬局・訪問介護事業所とは、それぞれ内容が違う
ので回答フォームを間違わないように気を付けてく
ださい。

2. 回答フォームの入力方法③

医療措置協定(病院・診療所)協議用回答フォーム

※本ページの一番下に一時保存ボタンがあります。
 ※入力所要時間は通常10分ほどですが、入力に時間を要する場合は、タイムアウトとなり入力内容がすべて消えてしまうことがありますので、一時保存ボタンを活用して回答してください。

本入力フォームでは、WEB上のシステムで回答した後、協定書及び指定書を出力します。

そのため、公印を省略する旨の同意をいただく必要がございます。
 同意いただける方は下記の項目にチェックをお願いいたします。

※公印の省略ができない方については、担当者宛ご連絡ください。

協定書と指定書には公印を押印しない事を同意いたします。*

✓

入力いただいた内容で岡山県と貴医療機関との協定を締結します。
 合意いただける方は下記の項目にチェックをお願いいたします。

※入力いただいた内容によっては、個別に協議をお願いする場合があります。

入力いただいた内容に基づき、岡山県と協定を締結します。 ※入力必須項目*

✓

協定を締結した医療機関は、感染症法第36条の3第5項の規定により、岡山県のホームページに医療機関名・協定の内容を公表する必要があります。
 同意いただける方は下記の項目にチェックをお願いいたします。

感染症法第36条の3第5項の規定により、岡山県のホームページに協定を締結した医療機関名・締結した協定の内容を公表します。

※入力必須項目*

✓

回答フォームにアクセスすると、左記のページになります。
 本回答フォームにて協定を締結するための前提項目になりますので、
同意する場合は、該当のチェック欄をクリック(タップ)してください。
 入力内容は様式上に反映されます。
なお、同意ができない項目がある場合は県担当者までご連絡ください。

- (1) 医療措置協定書および協定指定医療機関指定書には公印を省略する事を同意いたします。
- (2) 医療措置協定協議用回答フォームに入力した内容に基づき、岡山県と協定を締結いたします。
- (3) 感染症法第36条の3第5項の規定により、岡山県のホームページに協定を締結した医療機関名・締結した協定の内容を公表する事を同意いたします。

⑧協定にかかる
同意書

| | |
|---|--|
| 医療機関所在地 | |
| 医療機関名 | |
| 医療機関の管理者名 | |
| 開設者所在地 <small>法人の場合は主たる事務所の所在地</small> | |
| 開設者名 <small>法人の場合は名称及び代表者の役職及び氏名</small> | |

※医療機関所在地と医療機関名および管理者名は「1.医療機関の情報」で入力した情報を、開設者所在地と開設者名は「4.「協定指定医療機関」指定の同意について」で入力した情報を反映します。

2. 回答フォームの入力方法④

1. 医療機関の情報

医療機関名称(全角)(例：(医)岡山会 岡山マスカット病院) ※入力必須項目*

※入力いただいた医療機関名で協定を締結することとなりますので、正確に入力ください。
※法人格は略称にてご入力ください。(例：医療法人→(医)、独立行政法人→(独)など)

保険医療機関番号(半角7桁)(例：1234567) ※入力必須項目*

郵便番号(半角、ハイフンあり)(例：700-8570) ※入力必須項目*

住所(全角)(例：岡山市北区内山下二丁目4番6号) ※入力必須項目*

※市町村以降を入力してください。
※入力いただいた住所で協定を締結することとなりますので、正確に入力ください。

医療機関の管理者(全角)(例：院長 岡山 太郎) ※入力必須項目*

※入力いただいた管理者名で協定を締結することとなりますので、正確に入力ください。

担当者名(全角)(例：事務長 岡山 花子) ※入力必須項目*

電話番号(半角、ハイフンあり) ※入力必須項目*

メールアドレス(半角) 例：aa12345@pref.okayama.lg.jp ※入力必須項目*

※フォームの入力後、入力いただいたメールアドレス宛にautoreply@kintoneapp.com「岡山県疾病感染症対策課より「【要保存】医療措置協定協議用回答フォームへの入力を受け付けました」という件名の自動応答メールが届きますので、上記メールアドレスが受信できるよう、メールの設定と入力後の受信確認をお願いいたします。届かない場合、迷惑メールフォルダに振り分けられている可能性もございますのでご確認ください。

医療機関の情報を入力してください。
入力した内容の様式の内容にそのまま反映されますので正確に入力してください。

①協定書 1

新型インフルエンザ等感染症、指定感染症又は新感染症に係る
医療を提供する体制の確保に必要な措置に関する協定（医療措置協定）書

岡山県知事（以下「甲」という。）と

（以下「乙」という。）は、次のとおり協定を締結する。

③協定書 3

令和 年 月 日

甲 岡山市北区内山下二丁目4番6号
岡山県知事 伊原木 隆太

乙

保険医療機関番号：

2. 回答フォームの入力方法⑤

1. 医療機関の情報

医療機関名称(全角)(例：(医)岡山会 岡山マスカット病院) ※入力必須項目*

※入力いただいた医療機関名で協定を締結することとなりますので、正確に入力ください。
※法人格は略称にてご入力ください。(例：医療法人→(医)、独立行政法人→(独)など)

保険医療機関番号(半角7桁)(例：1234567) ※入力必須項目*

郵便番号(半角、ハイフンあり)(例：700-8570)

※入力必須項目*

住所(全角)(例：岡山市北区内山下二丁目4番6号) ※入力必須項目*

※市町村以降を入力してください。

※入力いただいた住所で協定を締結することとなりますので、正確に入力ください。

医療機関の管理者(全角)(例：院長 岡山 太郎) ※入力必須項目*

※入力いただいた管理者名で協定を締結することとなりますので、正確に入力ください。

担当者名(全角)(例：事務長 岡山 花子) ※入力必須項目*

電話番号(半角、ハイフンあり)

※入力必須項目*

メールアドレス(半角) 例：aa12345@pref.okayama.lg.jp ※入力必須項目*

※フォームの入力後、入力いただいたメールアドレス宛にautoreply@kintoneapp.com”岡山県疾病感染症対策課”より「【要保存】医療措置協定協議用回答フォームへの入力を受け付けました」という件名の自動応答メールが届きますので、上記メールアドレスが受信できるよう、メールの設定と入力後の受信確認をお願いいたします。届かない場合、迷惑メールフォルダに振り分けられている可能性もございますのでご確認ください。

担当者名、電話番号、メールアドレスは今後の県からの連絡先になります。
特にメールアドレスは入力後に届く受付完了メールの受信先になりますので、正確に入力してください。

※受付後、入力いただいたメールアドレス宛に“autoreply@kintoneapp.com”岡山県疾病感染症対策課”より「【要保存】医療措置協定協議用回答フォームへの入力を受け付けました」という件名の受付完了メールが届きますので、上記メールアドレスが受信できるよう、メールの設定と入力後の受信確認をお願いいたします。届かない場合、迷惑メールフォルダに振り分けられている可能性もございますのでご確認ください。

2. 回答フォームの入力方法⑥

2. 医療措置協定の内容について

(1) 病床の確保(患者を入院させ必要な医療を提供)について

(※確保を実施しない医療機関は入力せずに次の項目に進んでください)

①流行初期(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後3か月程度)において新興感染症用に提供可能(1週間以内を目途に即応化が可能)な病床数を回答してください。

※数値は直接入力可能です。

確保病床【流行初期】

※流行初期(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後3か月程度)において対応可能な病床数

②流行初期(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後3か月程度)において確保病床のうち、以下の対応が可能な病床数を回答してください。

※重複可(配慮が必要な患者専用に確保しておかなければいけないということではありません。)

※病床数は示せないが、受入は可能という場合は、1と記入してください。

※数値は直接入力可能です。

うち、重症患者用【流行初期】(床)

うち、精神疾患患者用【流行初期】(床)

うち、透析患者用【流行初期】(床)

うち、妊産婦用【流行初期】(床)

うち、小児用【流行初期】(床)

うち、障害児者用【流行初期】(床)

うち、認知症患者用【流行初期】(床)

うち、がん患者用【流行初期】(床)

うち、外国人用【流行初期】(床)

※(病床の確保を行う病院・診療所のみ)

流行初期(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後3か月程度)において提供可能な病床数を入力してください。

入力した内容は様式上に反映されます。

一 病床の確保(患者を入院させ必要な医療を提供)

④別紙1

| | | |
|--------------|--|---|
| 対応時期 (目途) | 流行初期(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表が行われてから3か月程度)の対応 | |
| 対応の内容 | 床 | |
| | うち、重症患者用 | 床 |
| | うち、精神疾患患者用 | 床 |
| | うち、透析患者用 | 床 |
| | うち、妊産婦用 | 床 |
| | うち、小児用 | 床 |
| | うち、障害児者用 | 床 |
| | うち、認知症患者用 | 床 |
| | うち、がん患者用 | 床 |
| | うち、外国人用 | 床 |
| 即応化の期間 | 甲からの要請後速やかに(1週間以内を目途に)即応化すること。 | |

※数値は直接入力と、フォームの左右にある土ボタンのどちらでも、入力可能です。

2. 回答フォームの入力方法⑦

③流行初期以降(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後6か月以内に整備)において新興感染症用に提供可能(1週間以内を目途に即応化が可能)な病床数を回答してください。

※数値は直接入力可能です。

確保病床【流行初期以降】

※流行初期以降(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後6か月以内に整備)において対応可能な病床数

※数値は直接入力と、フォームの左右にある±ボタンのどちらでも、入力可能です。

④流行初期以降(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後6か月以内に整備)において確保病床のうち、以下の対応が可能な病床数を回答してください。

※重複可(配慮が必要な患者専用に確保しておかなければいけないということではありません。)

※病床数は示せないが、受入は可能という場合は、1と記入してください。

※数値は直接入力可能です。

うち、重症患者用【流行初期以降】
(床)

うち、精神疾患患者用【流行初期以降】
(床)

うち、透析患者用【流行初期以降】
(床)

うち、妊産婦用【流行初期以降】
(床)

うち、小児用【流行初期以降】
(床)

うち、障害児者用【流行初期以降】
(床)

うち、認知症患者用【流行初期以降】
(床)

うち、がん患者用【流行初期以降】
(床)

うち、外国人用【流行初期以降】
(床)

※(病床の確保を行う病院・診療所のみ)

流行初期以降(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後6か月以内に整備)において提供可能な病床数を入力してください。

入力した内容は様式上に反映されます。

流行初期以降(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表が行われてから6か月以内に整備)

床

| | |
|------------|---|
| うち、重症患者用 | 床 |
| うち、精神疾患患者用 | 床 |
| うち、透析患者用 | 床 |
| うち、妊産婦用 | 床 |
| うち、小児用 | 床 |
| うち、障害児者用 | 床 |
| うち、認知症患者用 | 床 |
| うち、がん患者用 | 床 |
| うち、外国人用 | 床 |

④別紙1

甲からの要請後速やかに(2週間以内を目途に)即応化すること。

2. 回答フォームの入力方法⑧

(2) 発熱外来の実施について

(※発熱外来を実施しない医療機関は入力せず次の項目に進んでください)

①流行初期(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後3か月程度)において発熱外来として対応可能な1日あたりの患者数・検査数を回答してください。

(※検査については、核酸検出検査であって、医療機関内で検体の採取及び検査の実施まで行うものとする。)

※数値は直接入力可能です。

※数値は直接入力と、フォームの左右にある土ボタンのどちらでも、入力可能です。

発熱外来【流行初期】(人/日)

発熱外来【流行初期 核酸検出検査】(件/日)

※流行初期(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後3か月程度)において対応可能な1日あたりの患者数

※流行初期(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後3か月程度)において実施可能な1日あたりの核酸検出検査件数

②流行初期(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後3か月程度)において発熱外来として、以下の受入が可能な場合はチェックしてください。

小児の受入【流行初期】

かかりつけ患者以外の受入【流行初期】

流行初期(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後3か月程度)において発熱外来として対応可能な1日あたりの患者数・検査数を入力してください。
また、特定の患者の受入可否について、可能な場合はチェック欄をクリック(タップ)してください。
入力した内容は様式上に反映されます。

※検査数については、核酸検出検査が対象です。

二 発熱外来の実施

④別紙1

| | |
|--------------|--|
| 対応時期 (目途) | 流行初期(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表が行われてから3か月程度)の対応 |
| 対応の内容 | 外来受診対応可能(人数: 人/日) 検査の実施可能(件数: 人/日) |
| | <input type="checkbox"/> 小児の受入可能 |
| | <input type="checkbox"/> かかりつけ患者以外も受入可能 |

2. 回答フォームの入力方法⑨

③流行初期以降(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後6か月以内に整備)において発熱外来として対応可能な1日あたりの患者数・検査数を回答してください。

(※検査については、核酸検出検査であって、医療機関内で検体の採取及び検査の実施まで行うものとする。)

※数値は直接入力可能です。

※数値は直接入力と、フォームの左右にある土ボタンのどちらでも、入力可能です。

発熱外来【流行初期以降】(人/日)

※流行初期以降(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後6か月以内に整備)において対応可能な1日あたりの人数

発熱外来【流行初期以降 核酸検出検査】(件/日)

※流行初期以降(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後6か月以内に整備)において実施可能な1日あたりの核酸検出検査件数

流行初期以降(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後6か月以内に整備)において発熱外来として対応可能な1日あたりの患者数・検査数を入力してください。
また、特定の患者の受入可否について、可能な場合はチェック欄をクリック(タップ)してください。
入力した内容は様式上に反映されます。

※検査数については、核酸検出検査が対象です。

④流行初期以降(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後6か月以内に整備)において発熱外来として、以下の受入が可能な場合はチェックしてください。

小児の受入【流行初期以降】

✓

かかりつけ患者以外の受入【流行初期以降】

✓

④別紙1

流行初期以降(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表が行われてから6か月以内に整備)

外来受診対応可能(人数: 人/日)

検査の実施可能(件数: 人/日)

小児の受入可能

かかりつけ患者以外も受入可能

2. 回答フォームの入力方法⑩

(3) 自宅療養者等への医療の提供及び健康観察について

流行初期以降(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後6か月以内に整備)の対応内容について、以下①～④を回答してください。

① 自宅療養者への医療提供について以下の対応が可能な場合はチェックしてください。

| | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 電話/オンライン診療が可能【自宅】 | 往診が可能【自宅】 | かかりつけ患者以外も対応可能【自宅】 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

② 宿泊療養者への医療提供について以下の対応が可能な場合はチェックしてください。

| | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 電話/オンライン診療が可能【宿泊】 | 往診が可能【宿泊】 | かかりつけ患者以外も対応可能【宿泊】 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

③ 障害者施設療養者への医療提供について以下の対応が可能な場合はチェックしてください。

| | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 電話/オンライン診療が可能【障害者】 | 往診が可能【障害者】 | かかりつけ患者以外も対応可能【障害者】 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

④ 高齢者施設療養者への医療提供について以下の対応が可能な場合はチェックしてください。

| | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 電話/オンライン診療が可能【高齢者】 | 往診が可能【高齢者】 | かかりつけ患者以外も対応可能【高齢者】 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

流行初期以降(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後6か月以内に整備)において自宅療養者等の特定の患者の対応可否について、可能な場合はチェック欄をクリック(タップ)してください。
入力した内容は様式上に反映されます。

三 自宅療養者等への医療の提供及び健康観察

④別紙1

| | |
|--------------|--|
| 対応時期 (目的) | 流行初期以降(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表が行われてから6か月以内に整備) |
| 対応の内容 | 自宅療養者への医療提供 <input checked="" type="checkbox"/> 電話/オンライン診療が可能 <input checked="" type="checkbox"/> 往診が可能 <input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ患者以外も受入可能 宿泊療養者への医療提供 <input checked="" type="checkbox"/> 電話/オンライン診療が可能 <input checked="" type="checkbox"/> 往診が可能 <input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ患者以外も受入可能 障害者施設療養者への医療提供 <input checked="" type="checkbox"/> 電話/オンライン診療が可能 <input checked="" type="checkbox"/> 往診が可能 <input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ患者以外も受入可能 高齢者施設療養者に対する医療提供 <input checked="" type="checkbox"/> 電話/オンライン診療が可能 <input checked="" type="checkbox"/> 往診が可能 <input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ患者以外も受入可能 |

⑤別紙2

2. 回答フォームの入力方法⑪

(4) 後方支援について

① 流行初期(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後3か月程度)の後方支援において、以下の対応が可能な場合はチェックしてください。

新興感染症を受け入れる医療機関から感染症患者以外の患者の受入が可能【流行初期】

✓

回復患者の転院受入が可能【流行初期】

✓

② 流行初期以降(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後6か月以内に整備)の後方支援において、以下の対応が可能な場合はチェックしてください。

新興感染症を受け入れる医療機関から感染症患者以外の患者の受入が可能【流行初期以降】

✓

回復患者の転院受入が可能【流行初期以降】

✓

流行初期(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後3か月程度)および**流行初期以降**(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後6か月以内に整備)において、後方支援における特定の患者の対応可否について、可能な場合はチェック欄をクリック(タップ)してください。入力した内容は様式上に反映されます。

⑤別紙2

四 後方支援

| 対応時期 (目途) | 流行初期(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表が行われてから3か月程度)の対応 | 流行初期以降(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表が行われてから6か月以内に整備) |
|--------------|---|---|
| 対応の内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 新興感染症を受け入れる医療機関から感染症患者以外の患者の受入が可能 <input checked="" type="checkbox"/> 回復患者の転院受入が可能 | <input checked="" type="checkbox"/> 新興感染症を受け入れる医療機関から感染症患者以外の患者の受入が可能 <input checked="" type="checkbox"/> 回復患者の転院受入が可能 |

2. 回答フォームの入力方法⑫

(5) 医療人材派遣について

流行初期以降(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後6か月以内に整備)の対応内容について、以下①～③を回答してください。

① 他医療機関あて派遣可能な「医師数」を回答してください。

※重複可

※数値は直接入力可能です。

※数値は直接入力と、フォームの左右にある土ボタンのどちらでも、入力可能です。

医師数(人)

うち、DMATの医師数(人)

うち、DPATの医師数(人)

うち、OCITの医師数(人)

※OCIT=岡山県クラスター対策班

流行初期以降(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後6か月以内に整備)において、派遣可能な職員数を種別ごとに入力してください。
入力した内容は様式上に反映されます。

⑤別紙2

五 医療人材派遣

| | |
|--------------|--|
| 対応時期 (目途) | 流行初期以降(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表が行われてから6か月以内に整備) |
| 対応の内容 | <ul style="list-style-type: none"> 医師： 人 (うちDMAT： 人、DPAT： 人、OCIT： 人) 看護師： 人 (うちDMAT： 人、DPAT： 人、災害支援ナース： 人、OCIT： 人、搬送コーディネーター： 人) その他(感染管理専門家等)： 人 (うちDMAT： 人、DPAT： 人、OCIT： 人) |

2. 回答フォームの入力方法⑬

②他医療機関あて派遣可能な「看護師数」を回答してください。

※重複可

※数値は直接入力可能です。

看護師数(人)

うち、DMATの看護師数(人)

うち、DPATの看護師数(人)

うち、災害支援ナースの看護師数(人)

うち、OCITの看護師数(人)

うち、搬送コーディネーターの看護師数(人)

※OCIT = 岡山県クラスター対策班

③他医療機関あて派遣可能な「その他職員(感染管理専門家等)数」を回答してください。

※重複可

※数値は直接入力可能です。

その他職員(感染管理専門家等)数(人)

うち、DMATのその他職員数(人)

うち、DPATのその他職員数(人)

うち、OCITのその他職員数(人)

※OCIT = 岡山県クラスター対策班

流行初期以降(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表後6か月以内に整備)において、派遣可能な職員数を種別ごとに入力してください。
入力した内容は様式上に反映されます。

⑤別紙2

五 医療人材派遣

| 対応時期 (目途) | 流行初期以降(新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表が行われてから6か月以内に整備) |
|--------------|---|
| 対応の内容 | <ul style="list-style-type: none"> ・医師： 人 (うちDMAT： 人、DPAT： 人、OCIT： 人) ・看護師： 人 (うちDMAT： 人、DPAT： 人、災害支援ナース： 人、OCIT： 人、搬送コーディネーター： 人) ・その他(感染管理専門家等)： 人 (うちDMAT： 人、DPAT： 人、OCIT： 人) |

2. 回答フォームの入力方法⑭

3. 個人防護具の備蓄について【任意】

平時からの「個人防護具の備蓄量」について回答してください。

- ※2か月分の使用量にて回答してください。
- ※複数サイズある場合は、全サイズの合計にて回答してください。
- ※感染症対応だけでなく、院内全体の数値にて回答してください。
- ※数値は直接入力可能です。
- ※2か月分以上備蓄していない場合は「0」と回答してください。

※数値は直接入力と、フォームの左右にある土ボタンのどちらでも、入力可能です。

※任意項目

平時からの個人防護具の備蓄量について**2か月分の使用量**を入力してください。入力した内容は様式上に反映されます。

⑤別紙 2

サージカルマスク(枚)

※直接入力可能(半角数字)

N95マスク(枚)

※直接入力可能(半角数字)

アイソレーションガウン(枚)

※直接入力可能(半角数字)

フェイスシールド(枚)

※直接入力可能(半角数字) ※ゴーグルでも可
※ゴーグルの場合は人数分を記入してください。

非滅菌手袋(枚)

※直接入力可能(半角数字) ※2枚1組ではなく、1枚単位で記入してください。

2 乙が協定第4条に基づき備蓄する個人防護具は次のとおりとする。
(乙における2ヶ月分の使用量)

| | | | | |
|----------|--------|-------------|----------|-------|
| 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 |
| 枚 | 枚 | 枚 | 枚 | 枚 |

2. 回答フォームの入力方法⑮

協定指定医療機関として、開設者の同意が必要です。開設者名、所在地について入力してください。
また、締結する協定の種類を「第一種・第二種・第一種および第二種」の中から選択してください。入力した内容は様式上に反映されます。

4. 「協定指定医療機関」指定の同意について

(1)病床の確保に対応する医療機関は「第一種」、(2)発熱外来または(3)自宅療養者等への医療提供に対応する医療機関は「第二種」協定指定医療機関として、県が指定を行います。
(上記のどちらも対応する医療機関は「第一種及び第二種」協定指定医療機関となります。)
指定に必要な開設者の同意、指定医療機関基準の適合報告について、回答してください。

開設者所在地※法人の場合は主たる事務所の所在地(全角) (例:岡山市北区内山下二丁目4番6号) ※入力必須項目*

※入力いただいた所在地が同意書の内容に記載されますので、正確に入力ください。
※市町村以降を入力してください。県外の場合は都道府県名もご入力ください。

開設者名※法人の場合は名称及び代表者の役職及び氏名(全角) (例:理事長 岡山 一郎) ※入力必須項目*

※入力いただいた名称が同意書の内容に記載されますので、正確に入力ください。

締結する協定の種別を選択してください。 ※入力必須項目*

第二種協定指定医療機関

※プルダウンで選択できます。

※下記の協定医療機関基準を参考にして選択してください。

協定指定医療機関指定同意書・指定医療機関基準適合報告書
(病院・診療所)

⑥同意書および報告書

令和 年 月 日

岡山県知事 殿

| | |
|------------------------------|--|
| 開設者所在地 法人の場合は主たる事務所の所在地 | |
| 開設者名 法人の場合は名称及び代表者の役職及び氏名 | |

(1) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年法律第114号)第38条第2項の規定により、下記の医療機関が
[] の指定を受けることに同意します。
(2) 下記の医療機関は、指定医療機関基準に適合していることを報告します。

医療機関所在地

医療機関名

※医療機関所在地と医療機関名は「1.医療機関の情報」で入力した情報を反映します。

2. 回答フォームの入力方法①7

協定の指定には、開設者の同意と指定医療機関基準の適合報告が必要です。
 内容を確認の上、左図のチェック欄をクリック(タップ)してください。入力した内容は様式上に反映されます。

(1) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年法律第114号)第38条第2項の規定により、【第一種・第二種・第一種及び第二種】協定指定医療機関の指定を受けることに同意します。 ※入力必須項目*



(2) 指定医療機関基準に適合していることを報告します。 ※入力必須項目 *



⑥ 同意書および報告書

- (1) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年法律第114号)第38条第2項の規定により、下記の医療機関が
 の指定を受けることに同意します
- (2) 下記の医療機関は、指定医療機関基準に適合していることを報告します

参考: 指定医療機関基準

| 種類 | 第一種協定指定医療機関 | 第二種協定指定医療機関 | |
|-------|---|--|--|
| 協定の内容 | 病床確保 | 発熱外来 | 自宅療養者等への医療の提供 |
| 指定基準 | ・当該医療機関に所属する者に対して、最新の知見に基づき適切な感染防止等の措置を実施することが可能であること。 | | |
| | ・患者等がお互いに可能な限り接触することがなく、診察することができること等の院内感染対策を適切に実施しながら、必要な医療を提供することが可能であること。 | | |
| | ・新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間において、岡山県知事からの要請を受けて、新型インフルエンザ等感染症若しくは指定感染症の患者又は新感染症の所見がある者を入院させ、必要な医療を提供する体制が整っていると認められること。 | ・新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間において、岡山県知事からの要請を受けて、外来医療を提供する体制が整っていると認められること。 | ・新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間において、岡山県知事からの要請を受けて、外出自粛対象者に対してオンライン診療等の医療を提供する体制が整っていると認められること。 |

「指定医療機関基準」を回答フォーム内にも掲載しています。締結する協定の種類が基準に適合しているか、ご確認ください。

2. 回答フォームの入力方法⑱

回答フォーム

回答項目は以上になります。
 下記の「確認」ボタンを押すと回答の確認画面に移ります。
 確認画面にて「回答」ボタンを押すことで回答完了となります。
 ※確認画面にて修正が必要な場合は「戻る」ボタンを押すと回答の修正が可能です。
 ※回答必須項目が未入力だと確認画面に移ることができないので、入力をお願いします。

✓ 確認

一番下にある「確認」ボタンを押すと回答の確認画面に移ります。

回答確認画面

種] 協定指定医療機関の指定を受けることに同意します。 ※ 入力必須項目

(2) 指定医療機関基準に適合していることを報告します。 ※ 入力必須項目

✓

「戻る」ボタンを押すと、回答フォームに戻り、回答の修正ができます。

一番下にある「回答」ボタンを押すと回答完了です。

← 戻る

✓ 回答

回答項目は以上になります。
 回答フォーム最下部の「確認」ボタンを押すと、回答確認画面に移ります。
 確認画面最下部の「回答」ボタンを押すと、回答完了です。
 なお、回答必須項目が未入力の場合は、入力するまで回答確認画面に移ることができません。

1. 締結にかかる全体の流れ
2. 回答フォームの入力方法
- 3. 入力完了後 内容の確認について**
4. 医療措置協定書の出力について
5. 回答内容の修正について

3. 入力完了後 内容の確認について①

医療措置協定(病院・診療所)協議用回答フォーム



ご回答ありがとうございました。受付完了メールが届きますのでご確認ください。

Myページ

「Myページ」ボタンを押すと、回答の確認
及び協定書(案)の出力が可能なページに
アクセスします。

回答フォームでの回答が完了すると、左記の画面に移ります。「Myページ」を押すと、回答フォームで確認した内容の確認が可能なページにアクセスできます。

3. 入力完了後 内容の確認について②

「Myページ」にアクセスすると、下記の画面になりますので、回答をご確認ください。
また、協定書(案)を出力して内容を確認してください。



医療措置協定 回答フォーム

下記にて回答内容を確認できます。 協定書の出力については右上の「帳票出力」ボタンからお願いします。

帳票出力

公印省略の同意について

協定書と指定書には公印を省略する事に同意いたします。 ※入力必須項目
✓

入力した内容での協定締結の合意について

入力した内容に基づき、岡山市と協定を締結します。 ※入力必須項目
✓

協定内容の公表について

感染症法第36条の3第5項の規定により、岡山市のホームページに協定を締結した医療機関名・締結した協定の内容を公表する事に同意いたします。 ※入力必須項目
✓

1. 医療機関の情報

「帳票出力」ボタンを押すと、協定書(案) (※協定締結日が入っていない仮状態の協定書) がPDFで出力されるので、内容を確認してください。

3. 入力完了後 内容の確認について③

★ 【要保存】 医療措置協定協議用回答フォームへの入力を受け付けました

差出人 : "岡山県疾病感染症対策課" <autoreply@kintoneapp.com>  (参照/登録)
日時 : 2024年04月15日(月) 16:09
To : "事務部長 岡山 テスト2" <hiroki_nagamune@pref.okayama.lg.jp>

このメッセージは、システムより自動送信されています。
返信はできません。

岡山県庁病院事務部長 岡山 テスト2様

医療措置協定(病院・診療所)協議用回答フォームへの回答を受け付けました。

下記URL(Myページ)から、回答内容の確認と帳票出力が可能です。
ページ右上の「帳票出力」ボタンから協定書(案)が出力されます。

<https://pref-okayama.viewer.kintoneapp.com/public/8635217d6caa06187ad8aff070fe3acefbbc3f9e2f4350382c948ae04ba6d79928d05f98afeb5bc266ad60df4ada92701d50e99a27d682c3e752a9cca94e2b4469021c01149e895548290a9dcae8122d40dc855373930a6a1aeb72e31898731eae409d73076a1d2baa3fced1dc79f968c3796>

協定締結後、協定書等を、Myページから出力していただきますので、出力が可能になりましたらご案内します。
そのため、本メールは保存してください。

回答完了と同時に届く受付完了メールからも「Myページ」にアクセスすることが可能です。
本メールは「Myページ」にアクセスするために必要なURLが掲載されているため、
必ず保存してください。
なお、受付完了メールが届かなかった方については県担当者までご連絡ください。

このURLから「Myページ」にアクセスが可能です。

1. 締結にかかる全体の流れ
2. 回答フォームの入力方法
3. 入力完了後 内容の確認について
- 4. 医療措置協定書の出力について**
5. 回答内容の修正について

4. 医療措置協定書の出力について①

回答フォームに入力いただいた内容の確認が完了後、入力いただいたメールアドレスに協定締結のお知らせを送付します。
メールが届いたら、保存しておいた受付完了メールから、「Myページ」にアクセスし、「**帳票出力**」ボタンを押してください。
内容の確定した協定書が出力されます。

医療措置協定 回答フォーム

下記にて回答内容を確認できます。 協定書の出力については右上の「帳票出力」ボタンからお願いします。

 帳票出力

公印省略の同意について

協定書と指定書には公印を省略する事に同意いたします。 ※入力必須項目
✓

入力した内容での協定締結の合意について

入力した内容に基づき、岡山市と協定を締結します。 ※入力必須項目
✓

協定内容の公表について

感染症法第36条の3第5項の規定により、岡山市のホームページに協定を締結した医療機関名・締結した協定の内容を公表する事に同意いたします。 ※入力必須項目
✓

1. 医療機関の情報

「**帳票出力**」ボタンを押すと、**協定書(確定) (※協定締結日が入っている協定書の本紙)**がPDFで出力されます。

4. 医療措置協定書の出力について②

③協定書 3

この協定の締結を証するため、この協定書を2通作成し、甲乙両者記名の上、各自その1通を保有するものとする。

令和 6 年 5 月 31 日

甲 岡山市北区内山下二丁目4番6号
岡山県知事 伊原木 隆太

乙 岡山県岡山市北区内山下二丁目4番6号
岡山県庁病院
院長 テスト
保険医療機関番号：9999999

⑦指定書

「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年法律第114号)」第38条第2項の規定により、貴医療機関を 第一種及び第二種協定指定医療機関に指定します。

なお、貴医療機関がこの指定を辞退しようとするときは、辞退の日の1年前までに知事にその旨を届け出なければなりません。

令和 6 年 5 月 31 日

岡山県知事 伊原木 隆太

⑥同意書および報告書

協定指定医療機関指定同意書・指定医療機関基準適合報告書
(病院・診療所)

令和 6 年 5 月 31 日

岡山県知事 殿

| | |
|------------------------------|--------------------|
| 開設者所在地 法人の場合は主たる事務所の所在地 | 岡山県岡山市北区内山下二丁目4番6号 |
| 開設者名 法人の場合は名称及び代表者の役職及び氏名 | 理事長 テスト 3 |

⑧協定にかかる同意書

協定にかかる同意書

令和 6 年 5 月 31 日

岡山県知事 殿

- (1) 医療措置協定書および協定指定医療機関指定書には公印を省略する事を同意いたします。
- (2) 医療措置協定協議用回答フォームに入力した内容に基づき、岡山県と協定を締結いたします。
- (3) 感染症法第36条の3第5項の規定により、岡山県のホームページに協定を締結した医療機関名・締結した協定の内容を公表する事を同意いたします。

協定書に協定締結日が入っている事を確認してください。(左記の4部が対象です。)
※締結日が入っていない場合は県担当者までご連絡ください。

確認ができたなら印刷の上、保存をお願いします。
以上で、協定締結完了です。

1. 締結にかかる全体の流れ
2. 回答フォームの入力方法
3. 入力完了後 内容の確認について
4. 医療措置協定書の出力について
- 5. 回答内容の修正について**

5. 回答内容の修正について①

回答受付完了メール

医療措置協定(病院・診療所)協議用回答フォームへの回答を受け付けました。

下記URL(Myページ)から、回答内容の確認と帳票主力が可能です。
ページ右上の「帳票出力」ボタンから協定書(案)が出力されます。

<https://pref-okayama.viewer.kintoneapp.com/public/8635217d6caa06187ad8aff070fe3acefbbc3f9e2f4350382c948ae0447bcb7182b91b71b313cba106ea8b9e6b56088669813e07806ae3c118a6fad8b8755f2e68c861ac1e19442060c508c589f86a57066608665a35444a1de6753ccf9aca90753be648c5f43d8f05147a6208b98c7007>

協定締結後、協定書等を、Myページから出力していただきますので、出力が可能になりましたらご案内します。
そのため、本メールは保存してください。
※協定内容の変更については、下記の修正フォームより回答してください。

<https://pref-okayama.form.kintoneapp.com/public/def0000006e8856e13d8a4f0fa8850209042204105c879>

※本メールにお心当たりのない場合は、お手数ですが下記メール宛にお知らせください。
p33-kintone@hml.nttdata-chugoku.co.jp

岡山県 保健医療部 疾病感染症対策課
感染症対策班
〒700-8570 岡山県岡山市北区内山下二丁目4番6号
TEL:086-226-7331

ここをクリックすると
【修正フォーム】にアクセスします。

回答受付完了後の修正について

**回答時の受付完了メールに記載のURLから、
【修正フォーム】へアクセスしてください。
(PC・スマホどちらからでも可能です。)**

5. 回答内容の修正について②

医療措置協定(病院・診療所)協議用回答【修正】フォーム

※本ページの一番下に一時保存ボタンがあります。
※入力所要時間は通常10分ほどですが、入力に時間を要する場合は、タイムアウトとなり入力内容がすべて消えてしまうことがありますので、一時保存ボタンを活用して回答してください。

本入力フォームでは、WEB上のシステムで回答した後、協定書及び指定書を出力します。
そのため、公印を省略する旨の同意をいただく必要があります。
同意いただける方は下記にチェックをお願いいたします。

※公印の省略ができない方については、担当事務所ご連絡ください。

協定書と指定書には公印を省略する事を同意いたします。 ※入力必須項目*

✓

入力いただいた内容で岡山県と貴医療機関との協定を締結します。
合意いただける方は下記にチェックをお願いいたします。

※入力いただいた内容によっては、個別に協議をお願いする場合があります。

入力した内容に基づき、岡山県と協定を締結します。 ※入力必須項目*

✓

協定を締結した医療機関は、感染症法第36条の3第5項の規定により、岡山県のホームページに医療機関名・協定の内容を公表します。
同意いただける方は下記にチェックをお願いいたします。

感染症法第36条の3第5項の規定により、岡山県のホームページに協定を締結した医療機関名・締結した協定の内容を公表する事に同意いたします。 ※入力必須項目*

✓

【修正フォーム】にアクセスすると、左記のページになります。

(回答フォームとは違い、緑色のページです。)

入力内容は回答フォームと同じなので、「2. 回答フォームでの申請完了まで」の内容を確認しながら入力してください。

お手数ですが、再度全ての項目に回答する必要があります。

5. 回答内容の修正について③

医療措置協定(病院・診療所)協議用回答【修正】フォーム

回答完了画面



ご回答ありがとうございました。受付完了メールが届きますのでご確認ください。

修正受付完了メール

医療措置協定(病院・診療所)協議用回答【修正】フォームへの入力を受け付けました。

確認の上、締結内容を修正させていただきます。

協定内容の修正が完了しましたら、協定書等を、初回の回答時の受付完了メールに記載されているURL(Myページ)から出力させていただきます。出力が可能になりましたらご案内しますのでお待ちください。

※MyページのURLが分からない場合は下記担当者宛ご連絡ください。

※本メールにお心当たりのない場合は、お手数ですが下記メール宛にお知らせください。

p33-kintone@hml.nttdata-chugoku.co.jp

岡山県 保健医療部 疾病感染症対策課
感染症対策班

〒700-8570 岡山県岡山市北区内山下二丁目4番6号

TEL:086-226-7331

回答完了すると、受付完了メールが届きます。**回答フォームと違い、Myページへの案内はありません。**

修正内容の反映作業が終わり次第、県からご案内しますので、初回の回答時に送られてきた受付完了メールのURLからMyページへアクセスしていただき、修正完了後の協定書を出力し、確認してください。

※協定締結完了後に、協定内容を修正する場合、協定を辞退したい場合は、所定の手続がありますので、疾病感染症対策課へご連絡ください。

**以上で終了になります。
ご清聴ありがとうございました。**