

# 岡山県 G-MIS年次調査 報告マニュアル【薬局】

過去調査  
2024年度 年次調査

記入日	医療機関名	医療機関コード	回答状況
	*****		回答済み

都道府県と興施設にて協議・締結している医療措置協定に基づいて回答してください。協定の内容を変更する場合は、所在する都道府県と必ず事前に協議を行ってください。

【回答方法】  
各項目の右側にある / マークのいずれかを押下すると編集画面に変わりますのでそちらからご回答ください。

**10月1日時点の医療措置協定締結内容が反映されています。**  
**今回の報告については、赤枠で囲みである項目のみご回答をお願いします。**

**[A]基本情報** ※◇の項目は左列の値の変更が必要な場合のみ入力してください。協定の内容を変更する場合は、所在する都道府県と必ず事前に協議を行ってください。

A001_協定締結医療機関	◇A001_協定締結医療機関
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A002_協定締結日	◇A002_協定締結日
A003_協定解除日	◇A003_協定解除日
A011_自宅療養者等への医療の提供に対応する医療機関	◇A011_自宅療養者等への医療の提供に対応する医療機関
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A013_医療人材派遣に対応する医療機関	◇A013_医療人材派遣に対応する医療機関
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A014\_特記事項

---

**※一部の薬局について、G-MIS側のエラーにより協定内容が反映できておりません。協定内容が反映されていない場合はお手数ですが、青枠の項目について、協定内容の入力をお願いします。**

**[D]自宅療養者への医療の提供**

D001\_オンライン診療・服薬指導が可能な設備を有するか  
はい

D002\_自宅療養者等への非接触型の配送システム（ドローン等）への対応が可能か  
はい

D003\_敷地内に感染症専用ブースなどの設備を有するか  
はい

D006\_かかりつけ患者に限った対応か  
はい

D110\_ (特記事項)

---

D111\_予備01

---

**[F]医療人材派遣（医師・看護師以外）** ※◇の項目は左列の値の変更が必要な場合のみ入力してください。協定内容を変更の際は所在の都道府県と事前に協議してください

F012_派遣可能な人数（医師・看護師以外）	◇F012_派遣可能な人数（医師・看護師以外）
F013_うちDMATの人数（医師・看護師以外）	
F014_うちDPATの人数（医師・看護師以外）	
F015_うち感染制御管理が可能なチームに所属している人数（医師・看護師以外）	
F016_うち県外派遣可能な人数（医師・看護師以外）	
F110_ (特記事項)	
F111_予備01	

**[C]個人防護具の備蓄状況**

G001\_【医療用（サージカル）マスク】協定に基づく備蓄量（か月分）

---

G002\_【医療用（サージカル）マスク】協定に基づく備蓄量（枚）

---

**G003\_【医療用（サージカル）マスク】調査時点での備蓄量（枚）**

---

G004\_【N95マスク(※)】協定に基づく備蓄量（か月分） ①

**※半角整数でご入力ください。**

G005\_【N95マスク※】協定に基づく備蓄量(枚) ①

G006\_【N95マスク※】調査時点での備蓄量(枚) ①

G007\_【アイソレーションガウン※】協定に基づく備蓄量(か月分) ①

G008\_【アイソレーションガウン※】協定に基づく備蓄量(枚) ①

G009\_【アイソレーションガウン※】の調査時点での備蓄量(枚) ①

G010\_【フェイスシールド※】協定に基づく備蓄量(か月分) ①

G011\_【フェイスシールド※】協定に基づく備蓄量(枚) ①

G012\_【フェイスシールド※】調査時点での備蓄量(枚) ①

G013\_【非滅菌手袋】協定に基づく備蓄量(か月分)

G014\_【非滅菌手袋】協定に基づく備蓄量(枚)

G015\_【非滅菌手袋】調査時点での備蓄量(枚)

G100\_ (特記事項)

G101\_ 予備01

[H]その他

H001\_年1回以上、自機関の医療従事者に対して、研修又は訓練※を実施したか  
①  
はい

H002\_院内感染対策に関する地域のネットワークに参加しているか  
はい

H110\_ (特記事項)

H111\_ 予備01

協定内容の有無、枚数に関  
わらず12月15日時点での  
備蓄量(枚)をご回答くださ  
い。

※100枚単位、1,000枚単  
位等で記載いただいて構い  
ません。

医療従事者等について、自院で  
実施する、あるいは、都道府県  
等の自治体を含む外部の機関が  
実施する研修や訓練に参加させ  
ている場合、「はい」でご回答  
ください。

(参加させていない場合は空欄に  
してください。)