岡山県 G-MIS年次調査 報告マニュアル (訪問看護)

週次調査 2024 ²				E	印刷用に表え
入日	医療機関名	医療機関コード	回答状況 回答済み	10月1日時点の医療措置協	定締
育県と貴施設 (こて協議・締結している医療措置協定	Eに基づいて回答してくだ	さい。	容が反映されています。	
の内容を変更す	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。	今回の報告については、赤	松で
【回答方法】				である項目のみご回答をお	
	リにある ∕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			限し、
そちらからご回	答ください。			す。	
					4-0-14-15-15-15-15-15-15-15-15-15-15-15-15-15-
[A]基本情報 と必ず事故	≪◇の項目は左列の値の に協議を行ってください。	変更か必要は場合の	か入りしてく	ださい。 協定の内容を変更する場合は、所在する	都 連桁県
⊂心9 尹刖	に励機を行うてください。				
A001_協定締結	吉医療機関			01_協定締結医療機関	
✓					
A002_協定締結	若日		◇A00	02_協定締結日	
A003_協定解除	103_協定解除日		◇A00	3_協定解除日	
A011_自宅療動	奏者等への医療の提供に対応する医療機	関	♦A0:	1_自宅療養者等への医療の提供に対応する医療機関	
✓					
A013_医療人材	才派遣に対応する医療機関		◇A0:	3_医療人材派遣に対応する医療機関	
✓					
A014_特記事功 特になし。	Ħ		◇A0:	4_特記事項	
-	を 者への 医療の提供 つけま 者に限った対応か				
はい	かり思省に限った対応が				
D110_(特記導	即頁)				
D111_予備01					
	が派遣(看護師) ※◇の項 事前に協議してください。	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
	学的に1000歳0 C へんこい。 Eな人数 (看護師)		♦F00	6_派遣可能な人数(看護師)	
				- John Jill Co. Callery	
F007_55DM.	ATの人数(看護師)				
F008_55DPA	ATの人数(看護師)				
F009_つち災情	有文援ナー人の人数(看護師)				
F010_うち感染	幹制御管理が可能なチームに所属してい	る人数 (看護師)			
F011_うち県タ	小派遣可能な人数(看護師)				
[F]医療人材	が流遣(医師・看護師以外))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	の際はず
1生の都追府	県と事前に協議してください				
F012_派遣可能	能な人数(医師・看護師以外)		◇F0:	2_派遣可能な人数(医師・看護師以外)	
F013_うちDM	ATの人数(医師・看護師以外)				
F014_55DP/	ATの人数(医師・看護師以外)				
F015_うち感覚	幹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_うち県タ	外派遣可能な人数(医師・看護師以外)				

F110_ (特紀事項)
F111_予備01
[G]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) ●
G005_ [N95マスク(※)] 協定に基づく備蓄量 (枚) ●
G006_ [N95マスク(※)] 調賞時点での備蓄量(枚) ●
G007_ [アイソレーションガウン(※)] 協定に基づく備蓄量(か月分) ●
G008_ [アイソレーションガウン(※)] 協定に基づく債蓄量(枚) ●
G009_ [アイソレーションガウン(※)] の調査時点での備蓄量 (枚)
G010_ [フェイスシールド(※)] 協定に基づく備蓄量(か月分) ●
G011_ [フェイスシールド(※)] 協定に基づく傷蓄量 (枚) ●
G012_ [フェイスシールド(※)] 調査時点での備蓄量 (枚) ●
G013_【非滅猶手袋】協定に基づく備蓄量(か月分)
G014_ 【非滅菌手段】協定に基づく備蓄量(枚)
G015_【非滅風手級】調賞時点での帰裔量(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

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

H110_ (特記事項)

※半角整数でご入力ください。

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。)