

| G-MISによる報告項目一覧 (○ : 必須項目)           |                       |
|-------------------------------------|-----------------------|
| <b>[A]基本情報</b>                      |                       |
| 協定締結医療機関                            | 入力不要                  |
| 協定締結日                               | 入力不要                  |
| 協定解除日                               | 入力不要                  |
| 自宅療養者等への医療の提供に対応する医療機関              | 入力不要                  |
| 医療人材派遣に対応する医療機関                     | 入力不要                  |
| (特記事項)                              | 入力不要                  |
| <b>[B]病床確保</b>                      |                       |
| (該当なし)                              | 入力不要                  |
| <b>[C]発熱外来</b>                      |                       |
| (該当なし)                              | 入力不要                  |
| <b>[D]自宅療養者等への医療の提供</b>             |                       |
| オンライン診療・服薬指導が可能な設備を有するか             | 入力不要                  |
| 自宅療養者等への非接触型の配達システム（ドローン等）への対応が可能か  | 入力不要                  |
| 敷地内に感染症専用ブースなどの設備を有するか              | 入力不要                  |
| かかりつけ患者に限った対応か                      | 入力不要                  |
| (特記事項)                              | 入力不要                  |
| <b>[E]後方支援</b>                      |                       |
| (該当なし)                              | 入力不要                  |
| <b>[F]医療人材派遣</b>                    |                       |
| (該当なし)                              | 入力不要                  |
| <b>[G]個人防護具の備蓄状況</b>                |                       |
| 【医療用（サーボカル）マスク】調査時点での備蓄量（枚）         | <input type="radio"/> |
| 【N95マスク】調査時点での備蓄量（枚）                | <input type="radio"/> |
| 【アイソレーションガウン】の調査時点での備蓄量（枚）          | <input type="radio"/> |
| 【フェイスシールド】調査時点での備蓄量（枚）              | <input type="radio"/> |
| 【非滅菌手袋】調査時点での備蓄量（枚）                 | <input type="radio"/> |
| (特記事項)                              | 入力不要                  |
| <b>その他</b>                          |                       |
| 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（※） | <input type="radio"/> |
| 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         | 入力不要                  |
| (特記事項)                              | 入力不要                  |

※外部の団体等が実施した研修又は訓練に参加した場合を含む