

改正感染症法に基づく医療措置協定の締結に係る事前確認書（薬局）

機関名		御担当者様の 部署・氏名	
		協定書修正の有無	あり ・ なし

以下の設問内容等についてご確認いただき、ア、イのいずれかにチェック（○）をお願いします。

1. 事前意向調査のご回答内容を踏まえた、県との医療措置協定の締結に同意いただけますか。

ア. 同意する

イ. 同意しない

【補足及びご留意いただきたい事項】

- ①同意いただける機関におかれましては、後日、県から正式な協定書を送付させていただきます（押印は不要ですので、これで協定締結手続きは完了となります）。なお、同封しております県との医療措置協定（案）の内容について修正等のご希望がありましたら、**朱書き（手書き）**で修正等いただき、ご返送ください。
- ②同意いただける場合、自宅療養者等への医療提供の実施に係る協定を締結いただく機関は「第二種協定指定医療機関」として、協定とは別途、県から指定（指定書の送付）をさせていただきます。なお、指定基準を記載しておりますので、当該基準を充足いただきますようお願いいたします。
- ③本協定を締結いただいた機関については、機関名及び措置の内容（自宅療養者等への医療提供の実施等）について、一覧表形式で県ホームページに公表させていただきます。
- ④本協定を締結いただいた機関については、年1回程度、運営状況等について、G-MIS や FAX 等で県にご報告いただくことを予定しています。
- ⑤各医療措置の実施に係るポイントについては、同封しております説明会で使用した資料「改正感染症に基づく医療措置協定の進め方について」p8～13を、協定書案をご確認（修正）いただく際のポイントについては同 p36、37 をご参照ください。

【提出書類】

協定書、事前確認書（本紙）

【参考】

✓ 第二種協定指定医療機関（自宅療養者等への医療の提供）の指定基準

【薬局】

- 当該薬局に所属する者に対し、最新の知見に基づく適切な感染の防止のための措置その他必要な措置を実施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、山口県知事の要請を受けて、外出自粛対象者に対する医療として調剤等を行う体制が整っていると認められること。