

重要	医療機関 週次調査シート 兼 医療用物資緊急配布調査シート	!!! ご回答期限 !!! 毎週水曜日13:00 まで ※水曜日が休日の場合は火曜日まで
-----------	--	---

記入日	月 日 曜日
医療機関ID	
医療機関名	

※回答日の前日23時59分時点で判明している状況をご報告ください
 ※必ず医療機関IDならびに医療機関名をご記入ください。
 ※事態の変化に迅速に対応するため、**毎週必ずご返送ください**
 ※ご回答がない場合、電話等で確認をさせていただきます

※4月10日及び4月14日付け事務連絡に沿った医療用物資の再利用等の例外的取り扱いにご留意いただきますようお願い致します。

※国から緊急配布を行った場合、情報の取扱いに留意しつつ、国から緊急配布した枚数を含め、その一部を公表させていただく場合がありますのでご承知おきください。

医療資材状況 <非公開>/数字記入欄には、数字のみをご記入ください

項目	前日時点の在庫量 ※[]欄に該当数量を記入してください	現在の在庫の備蓄見通し ※該当選択肢にチェック(☑)を記入してください			今後1週間あたりの 想定消費量 ※[]欄に該当数量を記入してください	先週1週間の 物資の購入量	今後1週間に 購入できる見込量	主要取引(卸売業者名) ※変更があればご記入ください	国からの医療用物資の 緊急配布を希望するか ※希望する場合には チェック(☑)を記入してください (新型コロナウイルス感染者等の 受入医療機関やPCR検査の 検体採取を行う医療機関に限る)
		1週間以内	2~3週間	1ヶ月以上					
サージカルマスク	約[]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]枚	約[]枚	約[]枚		<input type="checkbox"/>
N95マスク(DS2、KN95を含む)	約[]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]枚	約[]枚	約[]枚		<input type="checkbox"/>
ゴーグル	約[]個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]個	約[]個	約[]個		-
防護服	約[]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]枚	約[]枚	約[]枚		-
フェイスシールド	約[]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]枚	約[]枚	約[]枚		-
サージカルガウン	約[]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]枚	約[]枚	約[]枚		-
アイソレーションガウン	約[]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]枚	約[]枚	約[]枚		-
検診用手袋	約[]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]枚	約[]枚	約[]枚		-
サージカル手袋	約[]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]枚	約[]枚	約[]枚		-
手指消毒用アルコール	約[]リットル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]リットル	約[]リットル	約[]リットル		-
スワブ(検体検査用)	約[]個	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]個	約[]個	約[]個		-
その他[]	約[]枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	約[]枚	約[]枚	約[]枚		-

その他 <非公開>/数字記入欄には、数字のみをご記入ください

項目	回答	備考
外来通院で化学療法中の患者 ※該当選択肢にチェック(☑)をつけて、 有りの場合は[]欄に該当人数を記入してください	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 患者数 []人	

※おおまかな空床状況、在庫状況、必要状況の把握を目的としていますので、数量はおおむねの数字で結構です。
 手袋やガウン等、複数のサイズがある場合も、まとめたおおむねの合計数で記載してください
 ※本調査結果は今後の政府での医療資材の支援調整等の参考とさせていただきます

返送先

FAXの場合: 03-5846-8121
 WEBフォームの場合:
<https://covid-19-monitoring.cybozu.com/k/#/portal>

<本調査に関するご質問・お問い合わせ>
 厚生労働省・内閣官房IT総合戦略室 医療機関調査事務局
 電話番号: 03-5846-8233(土日祝日を除く平日9時~17時)