

＜新型コロナウイルス感染症＞事業所・施設における感染・感染疑い等の状況報告

記入例

凡例 入力項目： (桃色)
 選択項目： (水色)

◆事業所・施設情報

法人名	〇〇株式会社	事業所・施設名	〇〇デイサービス	サービス種別	地域密着通所
連絡先情報	<氏名> ▲▲	<電話>	XXX-XXXX-XXXX	<メール>	XXX-XXXX@XXX.XXX.XX

◆感染者・濃厚接触者・感染疑い者情報 ※4名以上の場合は行を追加してください

職員・利用者別	感染・感染疑い等の状況			氏名	年齢	居住区
<input type="checkbox"/> 職員 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者	<input checked="" type="checkbox"/> 陽性者	<input type="checkbox"/> 濃厚接触者	<input type="checkbox"/> 感染疑い	〇〇 〇〇	82	〇〇区
PCR実施(予定)日	10月7日	PCR判定(予定)日	10月9日	現在の症状	10/6より発熱が継続中	
現在の居所	10月9日～	入院	※『入院』の、その他を選択した場合、病院名・居所を入力 (〇△□病院)			
職員・利用者別	感染・感染疑い等の状況			氏名	年齢	居住区
<input checked="" type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 陽性者	<input checked="" type="checkbox"/> 濃厚接触者	<input type="checkbox"/> 感染疑い	●● ●●	42	××区
PCR実施(予定)日	10月8日	PCR判定(予定)日	10月10日	現在の症状	10/8より発熱が継続。味覚症状に異変あり	
現在の居所	月 日～	自宅待機	※『入院』の、その他を選択した場合、病院名・居所を入力 ()			
職員・利用者別	感染・感染疑い等の状況			氏名	年齢	居住区
<input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 陽性者	<input type="checkbox"/> 濃厚接触者	<input type="checkbox"/> 感染疑い			
PCR実施(予定)日	月 日	PCR判定(予定)日	月 日	現在の症状		
現在の居所	月 日～	自宅待機	※『入院』の、その他を選択した場合、病院名・居所を入力 ()			

◆当該者の状況

経過、直近1週間の勤務状況(職員の場合)・サービス利用状況(利用者の場合)等	
10/2(金)	利用者〇〇通所利用(体調は問題なし) ※食事、入浴時以外はマスク着用
10/5(月)	利用者〇〇通所利用(体調は問題なし) ※食事、入浴時以外はマスク着用
10/6(火)	利用者〇〇通所利用 → 朝△時の検温で発熱(38.6℃)が見られたためそのまま帰宅(●●職員が付き添い) ※これ以降の通所利用はなし
10/7(水)	利用者〇〇、△△△病院受診し、そのまま入院。同日PCR検査実施
10/8(木)	職員●●が帰宅後、発熱(38.2℃)。翌日▲▲クリニック受診し、PCR検査実施(結果予定10/10(土))。現在自宅待機中。 ※10/5(月)～発熱日の10/8(木)まで出勤
10/9(金)	利用者〇〇、PCR結果『陽性』。 → 〇△□病院へ転院
【職員の場合】他事業所・施設等の兼務状況	<input checked="" type="checkbox"/> 兼務あり (事業所・施設名: 〇〇グループホーム) <input type="checkbox"/> 兼務なし <input type="checkbox"/> 不明
【利用者の場合】他サービスの利用状況	<input checked="" type="checkbox"/> 利用あり ※以下にサービス種別、事業所・施設名を記入してください <input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 不明
利用ありの場合	(サービス種別: 訪問介護) (事業所・施設名: 〇▲訪問介護)
	(サービス種別: 訪問看護) (事業所・施設名: 〇▲訪問看護ステーション)
	(サービス種別:) (事業所・施設名:)

◆事業所・施設の状況・対応等

事業所・施設運営状況	<input type="checkbox"/> 通常 <input checked="" type="checkbox"/> 休止(予定) (10月9日～10月17日) <input type="checkbox"/> 縮小して継続 (月 日～月 日)
(備考: 10/12(月)のPCR結果がでるまでは休止予定(10/17(土)までを予定)	
他の職員・利用者への影響(当該者との接触状況、濃厚接触者の範囲、PCR実施範囲)等	
<ul style="list-style-type: none"> 10/5(月)の利用者全員(〇名)、勤務職員全員(〇名)が濃厚接触者に特定。 ※氏名等の内訳は別添リストのとおり 職員の濃厚接触者のうち、10/6(火)に付き添った●●職員が10/8(木)に発熱し、翌日PCR検査実施。 濃厚接触者(●●職員は10/9(金)実施)は10/10(土)にPCR検査実施予定。 ※氏名等の内訳は別添リストのとおり 10/6(火)の利用者全員(〇名)、濃厚接触者以外の職員全員(〇名)についても、10/12(月)にPCR検査を実施予定。 ●●職員以外に体調不良の利用者・職員はいない。 	
関係機関(保健所、関係事業所・施設等)への連絡状況	
10/9(金) 〇〇区保健所(福祉保健課)から〇〇利用者に関して連絡あり。→10/5(月)、6(火)の利用者リスト、職員リストを提出。 ●■CM(〇〇居宅介護支援事業所)に連絡。CMより〇▲訪問介護、訪問看護ステーションに連絡済み	
公表の予定	<input checked="" type="checkbox"/> 予定あり (方法: 法人のHP) <input type="checkbox"/> 予定なし
衛生資材の状況	<input type="checkbox"/> 足りている <input type="checkbox"/> 不足している <input checked="" type="checkbox"/> 保健所の指導により不足する可能性あり
<不足物資>	<input checked="" type="checkbox"/> マスク <input checked="" type="checkbox"/> 消毒液 <input type="checkbox"/> フェイスシールド <input checked="" type="checkbox"/> 手袋 <input checked="" type="checkbox"/> ガウン <input type="checkbox"/> その他 ()