

<< 指定障害福祉サービス事業所等における新型コロナウイルス感染者等の発生についての記入要領 >>

指定障害福祉サービス事業所等における新型コロナウイルス感染者等の発生について（第_____（←連絡の回数を記入）報）

1 発生事業所等

事業所番号 <u>必須</u>	例 1234567890	連絡担当者 <u>必須</u>	例 宮前 (管理者)		連絡先 <u>必須</u>	つながる事業所電話番号か担当者の電話番号を記入 例 044-200-0082	
事業所名 <u>必須</u>	例 中原高津グループホーム	定員	(訪問系以外は記入) 例 30	登録利用者数 <u>必須</u>	登録している利用者 (GH は入居者) の総数 例 28	所属従業者	事業所に所属している職員の総数 例 20
発生住居名	GH の場合、発生している住居 (ユニット) 名は必須 例 多摩麻生第一	住居定員	GH の場合、住居 (ユニット) の定員を記入 例 5	入居者数	GH の場合、住居 (ユニット) の入居者数は必須 例 4	関係者数	GH の場合、住居 (ユニット) に関わる職員の総数は必須 例 4

2 感染者等の発生状況

月 日現在 いつの時点 可は必須	陽性者	行政検査受検者 = 保健所での検査受検者数 結果待ちの数	濃厚接触者 …要件は市のホームページなどで確認	任意受検者 = 保健所以外での検査受検者数 結果待ちの数	陰性者 (濃厚接触者) = 濃厚接触者として検査を受けて陰性だった人数	陰性者 = 濃厚接触以外で陰性だった人数	みなし陽性者 = 検査等ではなく医療機関等でみなし陽性とされたものの	自主療養者 = キット、無料検査等医療機関以外で陽性となり療養を開始したものの
利用者								
従業者								

氏名	利用者 従業者	状況(陽 /陰/濃厚 接触等)	住所(市 内区、大 字、市外 市区ま で)	年 齢	接 種 回 数	最 終 (利 用、勤 務) 日	発症日	症状	検 査 日	結 果 判 明 日	療 養 場 所	家族関係 (続柄、 症状の有 無、陽性 者等)	関係 (利 用、勤務) 先	特記事項
		陽性、濃 厚等の 別を記 入					(無症状 は空欄)	無症状なら その旨						発症の 前々日ま での利用 日等、当 該感染者 等の詳細 を入力し てくださ い
								有症状は具 体的な症状						

3 事業所の対応

人員の不足	例 なし (切迫した不足がある場合は 044-200-0082 まで 御連絡下さい。)	物資の不足	例 あり (切迫した不足がある場合は 044-200-0082 まで 御連絡下さい。)	特記事項	例 手袋が不足 例 職員の不足が多く代替支援もできないため●月○日まで受け入れを停止、代替支援も行わない 例 自主的に職員▼名、利用者▲名の検査を実施、結果■月■日判明、全員陰性 等 事業所の状況の詳細を記載してください。
-------	--	-------	--	------	--