け（参考）

裏面もあります

**新型コロナ感染状況報告書【記入例】**

|  |
| --- |
| 第1報：１月３日（報告者：管理者○○） |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 報告日（初回） | 令和　３年　１月　３日（１３：３０） | | | 受付者： | |
| 法人名 | 社会福祉法人　○○会 | | | | |
| **事業所名／種別** | ○○デイサービスセンター／通所介護 | | | | |
| **事業所所在地** | 柏原市○○町○―○―○ | | | | |
| **担当者** | 管理者　○○ | | | | 定　員　　〇〇　名 |
| **連絡先**(電話番号等) | ○○―○○○―○○○○ | | | | 現　員　　〇〇　名 |
| 所管庁 | 柏原市 | | | | 職員数　　〇〇　名 |
| 感染者等状況  ※職員については  ①濃厚接触者と判定  ②陽性と判定　　　　　③その他保健所から勤務停止指示された者  等が、「勤務不可人数」となります。  その人数を「自宅待機等」に入れて下さい。 | | **発生日** | 令和　３年　１月　２日 | | | |
| **感染者数**  （陽性） | １月２日 | 利用者　　１人（入院０人　調整中１人） | | |
| 職　員　　　人 | | |
| 月　日 | 利用者　　　人（入院　人　調整中　人） | | |
| 職　員　　　人 | | |
| 月　日 | 利用者　　　人（入院　人　調整中　人） | | |
| 職　員　　　人 | | |
| 月　日 | 利用者　　　人（入院　人　調整中　人） | | |
| 職　員　　　人 | | |
| **累計**  **１月２日** | **利用者　　１人（入院０人　調整中１人）** | | |
| **職　員　　　人** | | |
| **濃厚接触者数**  ※濃厚接触者と判断された者は検査結果に関わらず自宅待機となる。 | １月２日 | 利用者　　２人（有症状者　２人） | | |
| 職　員　　０人（有症状者　　人） | | |
| 月　日 | 利用者　　　人（有症状者　　人） | | |
| 職　員　　　人（有症状者　　人） | | |
| 月　日 | 利用者　　　人（有症状者　　人） | | |
| 職　員　　　人（有症状者　　人） | | |
| 月　日 | 利用者　　　人（有症状者　　人） | | |
| 職　員　　　人（有症状者　　人） | | |
| 月　日 | 利用者　　　人（有症状者　　人） | | |
| 職員　　　　人（有症状者　　人） | | |
| **PCR検査対象となった者の数**  **（上記以外）** | １月２日  月　日 | 利用者　６　人  　検査結果待ち中（　　　人）  　検査受検待ち中（　６　人） | | |
| 職員　　　　人  　検査結果待ち中（　　　人）  　検査受検待ち中（　　　人） | | |
| 利用者　　　人  　検査結果待ち中（　　　人）  　検査受検待ち中（　　　人） | | |
| 職員　　　　人  　検査結果待ち中（　　　人）  　検査受検待ち中（　　　人） | | |
| 月　日 | 利用者　　　人  　検査結果待ち中（　　　人）  　検査受検待ち中（　　　人） | | |
| 職員　　　　人  検査結果待ち中（　　　人）  　検査受検待ち中（　　　人） | | |
| 月　日 | 利用者　　　人  　検査結果待ち中（　　　人）  　検査受検待ち中（　　　人） | | |
| 職員　　　　人  検査結果待ち中（　　　人）  　検査受検待ち中（　　　人） | | |
| 月　日 | 利用者　　　人  　検査結果待ち中（　　　人）  　検査受検待ち中（　　　人） | | |
| 職員　　　　人  検査結果待ち中（　　　人）  　検査受検待ち中（　　　人） | | |
| 発生経緯 | | （わかる範囲で記載）  12月30日、31日　利用者の1名が37.0－37.5度。  1月1日　39.0度の熱発。相談センターに電話してＰＣＲ検査を受検。1月2日午後　陽性判明。他に37.5度の利用者が２名いる。  保健所から利用者全員のPCR検査の指示あり。 | | | | |
| 保健所等への報告及び指導内容 | | **報告日** | 令和　３年　１月　１日 | | | |
| **保健所名** | ○○保健所 | | | |
| 指導内容  濃厚接触者、検査対象者の調査のため、資料を提出。（来館者記録表、サービス提供記録、シフト表等）  併設デイサービスについて年始からの営業停止指示はない。 | | | | |
| 所在市町村への報告 | | 済　　　　　・　　　　　　未 | | | | |
| **事業所の対応**  （営業方針、職員体制、併設事業所の有無など） | | ・事業所内消毒済。  ・陽性１名と他2名の12月29日から1月2日までのケア担当者を自宅待機。  ・デイサービスを開始するかどうかの検討。 | | | | |
| **物資の希望** | | 有　　　　　　・　　　　　　無 | | | | |
| 希望内容  利用者のケアにガウンが100枚必要。他の物品は1週間程度大丈夫。 | | | | |
| **その他** | |  | | | | |