**新型コロナウイルス感染症に係る報告書**

**（住宅型有料老人ホーム、軽費老人ホーム（旧ケアハウス）、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）用）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 報告年月日 | 報告者　職名・氏名 | 電話番号 |
| 令和　　年　　月　　日 |  |  |

注：●がある項目については、該当箇所に〇をつけてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | 所在市町村 | 市・町・村 |
| 事業所名 |  | 入所・利用者数 | 人 |
| サービス種別 |  | 職　員　数 | 人 |
| ●併設する事業所 | 無 ・ 有（通所介護、訪問介護、有料老人ホーム、訪問看護、通所リハ、その他） | | |

PCR検査陽性者の内訳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 検査日 　月 　日 | ●検査種類　行政(保健所)検査・自主検査 | 結果判明日 　月 　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者(陽性数／検査数) | **／**　 人 | ●他事業所の利用　　　無・有（併設・その他） |
| 職　員(陽性数／検査数) | **／**　 人 | ●他の事業所での勤務　無・有（併設・その他） |

今後のPCR検査予定

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ●検査の種類 | 行政（保健所）検査　・　自主検査 | |
| 検査予定日  　　月　　日 | 結果判明予定日  　　月　　日 | **※結果判明後に再度記入し報告してください。** |
| **結果判明日　　　月　　日** |
| 検査予定者数 | 利用者　　　人 | **陽性　　人　　　　陰性　　人** |
| 職員　　　　人 | **陽性　　人　　　　陰性　　人** |

|  |  |
| --- | --- |
| ●今後のサービス継続 | 継続　・　休業（予定期間　　月　日～　月　日） |

|  |
| --- |
| （職員が自宅待機したときの職員の応援体制や休業又は規模縮小したときの入居者・利用者の代替サービスの確保等について記載してください） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ●保健所からの指示  　　無　・　有 | 指示事項 |  |

●陽性者のうち利用者の療養場所

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関 | （　　　　　　　　）名 |
| 自宅 | （　　　　　　　　）名 |
| 施設 | （　　　　　　　　）名 |

●衛生用品の備蓄状況（※備蓄ありの場合は（　）に数量を記入してください）

|  |  |
| --- | --- |
| マスク | 備蓄あり（　　　　枚）　・　備蓄なし |
| アルコール消毒 | 備蓄あり（　　　ﾘｯﾄﾙ）　・　備蓄なし |
| 防護服（ガウン） | 備蓄あり（　　　　枚）　・　備蓄なし |
| グローブ | 備蓄あり（　　　　枚）　・　備蓄なし |
| ゴーグル | 備蓄あり（　　　　個）　・　備蓄なし |
| フェイスシールド | 備蓄あり（　　　　個）　・　備蓄なし |

　※今後2週間でサービスを提供する場合に、不足が見込まれる物品がある場合は物品名を〇で囲んでください

|  |  |
| --- | --- |
| ●健康観察支援事業の利用希望 | 希望する　・　希望しない |