**新型コロナウイルス感染症 ［　疑い例 ・ 感染発生 ］　確認票 （第　　報）**

|  |  |
| --- | --- |
| 確認日時 | 令和　　年　　月　　日（　）　　　時　　分 |
| 県事務所等名 |  |
| 担当者名 |  |
| 担当者連絡先 | （夜間・休日の場合） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象施設名 |  | | |
| 運営法人名 |  | | |
| 所　在　地 |  | | |
| 施設種別 | （高齢・障がい） | | |
| 定　　　員 | 人 | 職員数 | 人 |
| 施設担当者 | （職氏名） | | |
| 連絡先（TEL） |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| １．疑い例・陽性判明の対象者 | ［利用者・職員（職種）］  ［性別］　　　　　　［年齢］　　　歳代　　　　［居住市町村］  ［（職員の場合）業務内容］ |
| ２．疑い例・陽性判明の経緯・内容 | （疑い例・陽性判明となった経緯、施設の確認状況、対象者の健康状態　等） |
| ３．ＰＣＲ検査の  結果判明時期 | ［対象者］（既に陽性判明の場合は検査対象の利用者、職員の人数）  ［検体採取時期］  ［結果判明時期］ |
| ４．疑い例・陽性判明対象者の施設利用・出勤状況 | （最終利用日・出勤日、利用日・出勤日の活動状況　等） |
| ５．他の利用者・職員の健康状態 | （特に症状の有無を確認） |
| ６．当面の施設の  対応方針 | （臨時休業、職員の自宅待機、消毒、家族・ケアマネへの連絡　等）  ※入所施設は個人防護具の使用状況・充足状況を確認 |
| ７．保健所との  情報共有状況 |  |
| ８．市町村との  情報共有状況 |  |
| ９．その他留意事項 | （施設のワクチン接種状況、その他影響の可能性がある関連施設　等） |

※状況の推移に伴い、第○報として更新（更新箇所は朱書き）して報告願います。