新型コロナウイルス感染症ウイルス検査に係る報告について

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | | |
| サービス種別  （定員） | 入所　・　ＧＨ　・　訪問　・　相談　・  通所（　　　　　　　　　　　　　　　　）  　※通所についてはサービス種別を記入してください。 | | | 定員　　　　名 | |
| 陽性者の情報 | 受検者種別 | 従事者の場合 | 利用者の場合（該当する全て記入） | | |
| 職種： | 身体（種別：　　　　　　）  知的　　・　　精神 | | |
| 性別・年齢 | 男性　・　女性　　　　　　　歳代 | | | |
| 利用者の  支給決定  市町村 |  | | | 市町村へ連絡  済　・　未 |
| 手帳の有無 | ( あり　　・ 　なし　 )  身体障害者手帳（　　　級）  　療育手帳（　Ａ1　・　Ａ2　・　Ｂ1　・　Ｂ2　）  　精神保健福祉手帳（　　　級） | | | |
| 障害支援  区分 | 区分（ １・２・３・４・５・６ ）　・　区分なし | | | |
| 経緯 | （記載例）  　　6/22　発熱  　　6/24　いったん熱は下がったが、夕方に再度発熱  　　6/25 ○○医療機関に受診し、ＰＣＲ検査を受ける  　　6/26　ＰＣＲ検査で陽性と判明　等 | | | | |
| 他の従事者、利用者の症状 | （記載例）  その他の従事者や利用者に発熱等の症状はない。等 | | | | |
| 事業所の対応 | （記載例）  ・当該利用者は6月21日まで利用し、その後は利用なし。  ・6月23日に○○保健所に相談し、他の全利用者の家族に状況を説明し、6月24日から他のサービス利用を休止している。  ・共用スペースを消毒用エタノールで消毒した。  ・利用者はグループホームの居室（個室）に隔離し、他の利用者との接触を避けて支援している。　等 | | | | |

※氏名等は別途、電話等により、お聞きしますので記入不要です。