新型コロナウイルス感染症クラスター報告について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 報告日 | 令和　　　年　　　月　　日 | | |
| 事業所名 |  | | |
| 住所 |  | | |
| 担当者 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　電話番号： | | |
| サービス種別 |  | | 定員　　　　名 |
| 感染者等の  情報 | 利用者 | 陽性者　　　　　　　　　名  （入院　　　　　名、施設内療養　　　　　名） | |
| 濃厚接触者　　　　　　　名 | |
| 職員 | 陽性者　　　　　　　　　名 | |
| 濃厚接触者　　　　　　　名 | |
| クラスターに  認定された日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| 経緯 | 月 　日 | 利用者　　　名、職員　　　名の感染を確認。 | |
| 月 　日 | 利用者　　　名、職員　　　名の感染を確認。 | |
| 月 　日 | 利用者　　　名、職員　　　名の感染を確認。 | |
| 月 　日 | 利用者　　　名、職員　　　名の感染を確認。 | |
| 月 　日 | 利用者　　　名、職員　　　名の感染を確認。 | |
| 月 　日 | 利用者　　　名、職員　　　名の感染を確認。 | |
| 月 　日 | 利用者　　　名、職員　　　名の感染を確認。 | |
| 月 　日 | 利用者　　　名、職員　　　名の感染を確認。 | |
| 月 　日 | 利用者　　　名、職員　　　名の感染を確認。 | |
| 月 　日 | 利用者　　　名、職員　　　名の感染を確認。 | |
| 事業所の  対応等 |  | | |