

(別紙) 送付先： 高知県地域福祉部高齢者福祉課 介護事業者担当 (FAX:088-823-9259)

新型コロナウイルス感染症 PCR 検査に係る報告について

事業所名				
住所				
担当者	氏名：	電話番号：		
サービス種別 (定員)			定員 名	
感染者 の情報	※どちらかに○を付けてください。 利用者 ・ 職員 (職種：)			
	性別・年齢	男性 ・ 女性	歳代	
	保険者名 (市町村名)	市町村へ連絡 済 ・ 未		
	同居家族等 の有無	あり (名) ・ なし		
	利用者の のみ記入 の場合	要介護度 ※利用者の場合	要支援 (1 ・ 2) ・ 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) ・ 認定なし	
		認知症状の 有無	あり ・ なし	
経緯	(記載例) 12/2 発熱 12/3 いったん熱は下がったが、夕方に再度発熱 12/4 ○○医療機関に受診し、PCR検査を受ける 12/5 PCR検査で陽性と判明 等			
他の利用者、 職員、同居家 族等の症状	(記載例) その他の利用者、職員、同居家族等に発熱等の症状はない。等			
事業所の 対応等	(記載例) ・当該利用者は12月2日まで利用し、その後は利用なし。 ・12月3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、12月3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。等			
衛生・防護用品 の不足状況	(記載例) ・サージカルマスク、防護ガウンが不足している。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。