

(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		
	のみ 記入 利用 者の 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				
他の利用者、 職員、同居家 族等の症状				
事業所の 対応等				
衛生・防護用品 の不足状況				

※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。