あて先　　＿＿＿＿保健所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　別紙

**メールアドレス　＿＿＿＿＿＿@pref.wakayama.lg.jp**

**FAX番号　〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇** / **電話番号　〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇**

**様式　新型コロナウイルス感染症（疑い）発生連絡票（第1報のみ使用）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 報告日 | 年　　　　月　　　　日　　　　時　　　分 | | |
| 事業所名 |  | | |
| 住所 | （施設医：　　　　　　　　　　）  （医療機関名：　　　　　　　　） | | |
| 電話 |  | FAX |  |
| メールアドレス |  | | |
| 担当者名 | (職種) | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 報告日時点 | | 前７日間以内  （※1下記症状に該当する方） | | |
| 実人数 | ※1有症状者数 | 受診者数 | 内重症者数 | 内入院者数 |
| 入院・入所者数  （長期不在除く） |  |  |  |  |  |
| ショートステイ利用者数 |  |  |  |  |  |
| デイサービス利用者数 |  |  |  |  |  |
| 職員数 |  |  |  |  |  |
| その他特記事項（平常時と比較し有症状者の増加はどうか、受診者内訳等） | | | | | |

※1.症状：発熱、咳、息苦しさ、倦怠感、咽頭痛、鼻汁、鼻閉、頭痛、下痢、嘔気、嘔吐、

　味覚障害、嗅覚障害等（主治医に管理されている持病等は除く）

※2.入院入所者数・ショートステイ利用者数・職員数については、フロア・ユニット分けしている

場合は、フロア・ユニット毎の人数を記載してください。

**○送付時、管轄保健所へ電話をお願いします。**

**○下記の準備をお願いします。検査の結果陽性となった際、早急に提出いただきます。**

・施設見取り図（施設内の状況と行動範囲が分かる図面）

・座席表（食堂・デイ等）

・行事日程、内容（前７日間のもの）

・施設内の感染対策マニュアル

・利用者、職員名簿・・・エクセルデータ（メール添付）にてお願いします。（自施設の様式に内容が含まれていればこちらを使用しなくても可）

注職員から体調不良の申し出があった場合、速やかに管轄保健所へ相談するよう、ご対応お願いします。

**（記載例）**

あて先　　＿＿＿＿保健所

**メールアドレス　＿＿＿＿＿＿@pref.wakayama.lg.jp**

**FAX番号　〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇** / **電話番号　〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇**

**様式　新型コロナウイルス感染症（疑い）発生連絡票（第1報のみ使用）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 報告日 | 令和２年 ８月 １日　１２時００分 | | |
| 事業所名 | 特別養護老人ホーム　和歌山 | | |
| 住所 | 和歌山市小松原通一丁目1番地　　（施設医：和歌山一郎Dr.　 　　　）  （医療機関名：県庁医院　 　 　　） | | |
| 電話 | 0７３－4４１－２６４３ | FAX | 0７３－4２８－２３２５ |
| メールアドレス | e0412003@pref.wakayama.lg.jp  **感染症（疑い）発生時に保健所等との窓口となっていただける方の名前を記載してください。** | | |
| 担当者名 | 和歌山太郎　　　　　　　(職種)　施設長 | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 報告日時点 | | 前７日間以内  （※1下記症状に該当する方） | | |
| 実人数 | ※1有症状者数 | 受診者数 | 内重症者数 | 内入院者数 |
| 入院・入所者数  （長期不在除く） | 32  （10） | 1  （１） | 4  （２） | 0 | 1  （0） |
| ショートステイ利用者数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| デイサービス利用者数 | 0 | 0 | 0 | 0  **（　）はワクチン未接種者の人数を記入してください。** | 0 |
| 職員数 | 17  （０） | 0 | 2  （０） | 0 | 0 |
| その他特記事項（平常時と比較し有症状者の増加はどうか、受診者内訳等）  平常時と比べ、変化はない。７日間のうちに受診した入所者4名と職員2名はすでに体調回復している。現在、症状のある入所者は個室で隔離している。 | | | | | |

※1.症状：発熱、咳、息苦しさ、倦怠感、咽頭痛、鼻汁、鼻閉、頭痛、下痢、嘔気、嘔吐、

　味覚障害、嗅覚障害等（主治医に管理されている持病等は除く）

※2.入院入所者数・ショートステイ利用者数・職員数については、フロア・ユニット分けしている

場合は、フロア・ユニット毎の人数を記載してください。

**○送付時、管轄保健所へ電話をお願いします。**

**○下記の準備をお願いします。検査の結果陽性となった際、早急に提出いただきます。**

□施設見取り図（施設内の状況と行動範囲が分かる図面）

□座席表（食堂・デイ等）

□行事日程、内容（前７日間のもの）

□施設内の感染対策マニュアル

□利用者、職員名簿・・・エクセルデータ（メール添付）にてお願いします。（自施設の様式に内容が含まれていればこちらを使用しなくても可）

注職員から体調不良の申し出があった場合、速やかに管轄保健所へ相談するよう、ご対応お願いします。