報告日（更新日）：令和〇年〇月〇日

障害福祉サービス等事業所用報告書

【提出先：健康福祉局障害者支援課指定指導係】

新型コロナウイルス感染症の感染者発生等に係る報告について（第○報）

（ＰＣＲ検査等受検をする場合、濃厚接触者が発生した場合を含む）

※「児童発達支援・放課後等デイサービス」に係る報告書は、子ども青少年局子ども福祉課へ提出願います（様式も異なります）

https://www.kaigo-wel.city.nagoya.jp/view/wel/docs\_jigyosya/2020091600017/

　　※第１報の場合には、わかる範囲で記載いただき報告してください。

※状況が進展した際には、随時追記いただき、更新した報告書を提出してください。

　みだしに、新規報告の場合は第１報と、追記報告の場合は第２報、第３報…と記載してください。

また、追記いただいた部分は、**赤文字かつ下線をつけて記載**してください。

　　※報告対象者が複数人の場合、**2人目以降の情報は別紙に記入**してください。

　　　報告対象者が多数発生した場合は、任意のリスト等を提出いただくことも可能です。

【事業所情報】

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| サービス種別 |  |
| 定員数・職員数 | （利用者定員：　　　　名）　（職員：　　　　名） |
| 事業所名 |  |
| 住　所 |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| 緊急連絡先（携帯） |  |
| 電子メールアドレス |  |
| 担当者名 |  |
| 契約者数及び平均利用者数/日 | 契約者数 ：　　名平均利用者数/日：　　名 |

【対象者情報】

|  |  |
| --- | --- |
| 報告事由 | [ ] 感染者が発生[ ] 濃厚接触者が発生（[ ] これから検査　[ ] 検査結果待ち　[ ] 検査は未定　[ ] 陰性）[ ] 発熱等によりPCR検査（抗原検査）を受検　（[ ] 検査結果待ち　[ ] 陰性） |
| 種別 | [ ] 職員（職名　　　　　）　　　[ ] 利用者 |
| 対象者氏名 |  | 性別 |  | 年齢 |  |
| 検査（予定）日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 勤務状況(職員)または利用状況(利用者) |  |
| ワクチン接種状況 | [ ] 1回目又は2回目接種済　　[ ] 3回目接種済　　□4回目接種済　　[ ] 未接種 |
| 他の利用事業所（利用者の場合） |  |

【対応状況】

|  |  |
| --- | --- |
| 現在までの経緯 |  |
| 他の職員、利用者の症状 |  |
| 保健センターの指示 | 保健センター担当者名 | ○○保健センター（担当：○○さん） |
| 濃厚接触者の有無 | [ ] なし　　[ ] あり（職員　名、利用者　名） |
| 濃厚接触者の検査予定 |  |
| 休業に対する指示 |  |
| その他 |  |
| 事業所休業の有無 | [ ] 休業しない　　　[ ] 休業する（休業期間：　月　日～　月　日） |
| 事業所利用者のご家族への対応 |  |
| 関係事業所（利用者の利用する他事業所）への対応 |  |

 別紙

**※この用紙は、対象者が2人以上の場合に記入してください**

【対象者情報（２人目）】

|  |  |
| --- | --- |
| 報告事由 | [ ] 感染者が発生[ ] 濃厚接触者に特定　（[ ] これから検査　[ ] 検査結果待ち　[ ] 検査は未定　　[ ] 陰性）[ ] 発熱等によりPCR検査（抗原検査）を受検　（[ ] 検査結果待ち　[ ] 陰性） |
| 種別 | [ ] 職員（職名　　　　　）　　　[ ] 利用者 |
| 対象者氏名 |  | 性別 |  | 年齢 |  |
| 検査（予定）日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 勤務状況(職員)または利用状況(利用者) |  |
| ワクチン接種状況 | [ ] 1回目又は2回目接種済　　[ ] 3回目接種済　　□4回目接種済　　[ ] 未接種 |
| 他の利用事業所（利用者の場合） |  |
| 経緯 |  |

【対象者情報（３人目）】

|  |  |
| --- | --- |
| 報告事由 | [ ] 感染者が発生[ ] 濃厚接触者に特定　（[ ] これから検査　[ ] 検査結果待ち　[ ] 検査は未定　[ ] 陰性）[ ] 発熱等によりPCR検査（抗原検査）を受検　（[ ] 検査結果待ち　[ ] 陰性） |
| 種別 | [ ] 職員（職名　　　　　）　　　[ ] 利用者 |
| 対象者氏名 |  | 性別 |  | 年齢 |  |
| 検査（予定）日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 勤務状況(職員)または利用状況(利用者) |  |
| ワクチン接種状況 | [ ] 1回目又は2回目接種済　　[ ] 3回目接種済　　□4回目接種済　　[ ] 未接種 |
| 他の利用事業所（利用者の場合） |  |
| 経緯 |  |

※以降、必要に応じて上記フォーマットをコピー・貼り付けしてご活用ください。