新型コロナウイルス感染症発生等報告書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 事業所・施設について
 | 事業所・施設名 |  |
| 事業所・施設所在地 |  | サービス種類 | 番号を下欄から選択 |
|  |
| 居宅 | １ 訪問介護 | ２ 訪問入浴介護 | ３ 訪問看護 | ４ 訪問リハビリテーション | ５ 居宅療養管理指導 |
| ６ 通所介護 | ７ 通所リハビリテーション | ８ 短期入所生活介護 | ９ 短期入所療養介護 | 10 特定施設入所者生活介護 |
| 11 福祉用具貸与 | 12 特定福祉用具販売 | 13 居宅介護支援事業所 | 14 介護予防支援 | 15 お泊りデイサービス |
| 地域密着 | 16 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 17 夜間対応型訪問介護 | 18 地域密着型通所介護 | 19 認知症対応型通所介護 | 20 小規模多機能型居宅介護 |
| 21 認知症対応型共同生活介護 | 22 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 23 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 24 看護小規模多機能型居宅介護 |  |
| 施設 | 26 介護老人福祉施設 | 27 介護老人保健施設 | 28 介護医療院 |  |  |
| 住宅 | 31 軽費老人ホーム | 32 養護老人ホーム | 33 住宅型有料老人ホーム | 34 介護付き有料老人ホーム | 35 サービス付き高齢者向け住宅 |
| 1. 発生状況

　　　 | 新型コロナウイルス感染症の発生（疑い含む）状況や発生前後の経過、について、時系列で記載してください。 | (枠に収まらない場合は「別紙のとおり」とし、記録等を添付してください) |

　　　・記載欄が不足する場合は、詳細を記載した資料を別紙として添付してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 検査状況（※１）
 | 氏　　名 | 職員 ・ 利用者 | 発　症　日 | 検査日 | 検　査　結　果 | 入　院　日 | 最終利用日・勤務日 |
|  | 職員 ・ 利用者 | 　令和　年　 月 　日 | 令和　年　 月 　日 | 陰性・陽性（有症状・無症状） | 令和　年　 月 　日( 日間) | 令和　年　 月 　日 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |