新型コロナウイルス感染症の発生に関する報告書

報告日：　　　　年　　月　　日

〇基本情報

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地 |  |
| サービス種別 |  |
| 定員 |  |
| 報告理由 | １０人以上の感染　・　全利用者の半数以上の感染 |

〇感染者の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 発生日（最初に発生した日） |  |
| 感染者数 | 利用者 | 人 | 職員 | 人 |
| 症状の有無※感染者である利用者、職員の症状の有無を記載してください。 | 症状あり | 人 | 症状あり | 人 |
| 症状なし | 人 | 症状なし | 人 |
| 主な症状 |  |
| 特記事項※利用者が入院した場合など、特別な事情があれば記載してください。 |  |

〇関係機関への報告

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 市町村、保健所への報告 | 市町村：　未　・　済 | 保健所：　未　・　済 |

〇対応状況

|  |
| --- |
|  |
| 協力医療機関名※ |  |

※「協力医療機関名」欄は、通所介護事業所等で協力医療機関がない場合は記載の必要はありません。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連絡先 | 担当者氏名：　　　　　　　　　 | 電話番号：  |