

(別紙) 送付先： 高知県地域福祉部長寿社会課 介護事業者担当 (FAX:088-823-9259)
※鑑文・送付文は不要です

新型コロナウイルス感染症クラスター報告について

報告日	令和 4年 8月 25日	
事業所名	特別養護老人ホーム〇〇	
住所	高知県〇〇〇〇123-4	
担当者	氏名：〇〇 〇〇	電話番号：〇〇-〇〇-〇〇
サービス種別	介護老人福祉施設	定員 50名
感染者等の 情報	利用者	陽性者 4名 (入院 1名、施設内療養 3名)
		濃厚接触者 10名
	職員	陽性者 2名
		濃厚接触者 20名
クラスターに 認定された日	令和 4年 8月 25日	
経緯	8月23日	利用者 2名、職員 名の感染を確認。
	8月24日	利用者 2名、職員 2名の感染を確認。
	月 日	利用者 名、職員 名の感染を確認。
	月 日	利用者 名、職員 名の感染を確認。
	月 日	利用者 名、職員 名の感染を確認。
	月 日	利用者 名、職員 名の感染を確認。
	月 日	利用者 名、職員 名の感染を確認。
	月 日	利用者 名、職員 名の感染を確認。
	月 日	利用者 名、職員 名の感染を確認。
事業所の 対応等	・ 8月23日に〇〇保健所に相談し、共用スペースを消毒用エタノールで消毒を行った。 ・ 8月24日に全利用者の家族に状況を説明した。 等	