新型コロナウイルス感染症PCR検査に係る報告について

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | |  | | | | |
| 住所 | |  | | | | |
| 担当者 | | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　電話番号： | | | | |
| サービス種別  （定員） | |  | | | 定員　　　　　名 | |
| 感染者の情報 |  | ※どちらかに○を付けてください。  利　用　者　　　　　・　　　　　　職　員  　　　　　　　　　　　　　　　　　（職種：　　　　　　　　　） | | | | |
| 性別・年齢 | 男性　・　女性 | 歳代 | | |
| 保険者名  （市町村名） |  | | | 市町村へ連絡  済　・　未 |
| 同居家族等の有無 | あり（　　　名）　・　　なし | | | |
| 利用者の場合のみ記入 | 要介護度  ※利用者の場合 | 要支援（１・２）・要介護（１・２・３・４・５）・認定なし | | | |
| 認知症状の有無 | あり　　　・　　　なし | | | |
| 経緯 | |  | | | | |
| 他の利用者、職員、同居家族等の症状 | |  | | | | |
| 事業所の  対応等 | |  | | | | |
| 衛生・防護用品の不足状況 | |  | | | | |

※氏名等は別途、電話等により、お聞きしますので記入不要です。