

## 基本情報（福祉施設用）

記入シート①

## ■連絡先

施設名		利用者数	20名/日	ワクチン3回目接種率 88%
電話番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 (時間外もつながる番号)	職員数	45名	ワクチン3回目接種率 70%
E-Mail	…@…jp	業種 サービスの概要	通所サービス	
住所	吹田市〇〇町〇丁目〇-〇〇	窓口氏名		

## ■陽性者情報

陽性者氏名	吹田花子	入居者・利用者・職員	発症日	2/10
感染可能期間の出勤・ 利用日	2/15(火・金 利用者)			入居者の場合、部屋番号
マスク	有 種類【不織布マスク】	ワクチン接種	1回目【6/10】2回目【7/1】3回目【1/20】	
職員	業務内容		喫煙	無
利用者	要介護認定	要支援【 2 】	認知症	無
	ADL	歩行【 杖 】排泄【 自立 】食事【 自立 】		

## ■体調不良者の有無 当てはまるものに☑ をつけてください（複数回答可）

陽性者の発症日より1週間前までの間で体調不良者がいた

他に陽性者がいる【発症日： 【 】】【今回の陽性者との接触状況： 【 】】

現時点で体調不良者がいる【 1 名】

## ■感染対策 当てはまるものに☑ をつけてください（複数回答可）

換気	<input checked="" type="checkbox"/> 常時複数の窓や扉を開けており、風の通りがある【場所： 【 】】 <input type="checkbox"/> 窓や扉は開けていないが、強制的に換気システムが作動している。
環境整備	<input checked="" type="checkbox"/> ドアノブ、手すり、照明のスイッチなど共有部分を定期的に消毒している <input checked="" type="checkbox"/> 消毒薬の種類【 【 】】濃度【 【 】%】 <input type="checkbox"/> 消毒薬の期限を把握している
手指衛生	<input checked="" type="checkbox"/> 入室時、食事前、排泄後に手洗い、または手指消毒を実施している <input type="checkbox"/> 職員は手指消毒剤を携帯している <input checked="" type="checkbox"/> 職員はケアの前後に手洗い、もしくは手指消毒を実施している <input type="checkbox"/> 手指消毒剤の使用量を把握している <input checked="" type="checkbox"/> 職員の動線上に手指消毒剤を常設している <input type="checkbox"/> 手袋はケア実施時に装着し、常時装着していない
感染管理	<input checked="" type="checkbox"/> 感染対策マニュアルを作成している <input checked="" type="checkbox"/> 体温以外の症状(咳や咽頭痛等)の有無を確認している <input checked="" type="checkbox"/> 利用者がマスク着用できない場合、職員は目の保護(ゴーグル等)を行っている <input type="checkbox"/> 備考 ( 【 】 )

## ■濃厚接触者について

判断した	<input type="checkbox"/> 濃厚接触者なし <input checked="" type="checkbox"/> 濃厚接触者あり→対象：利用者 4名 職員 1名
理由	判断理由 昼食が一緒のテーブル（パーテーションなし）の利用者。 <input type="checkbox"/> 口腔ケアを目の防護なしで行った職員。