

新型コロナウイルス感染症 初回報告書

茅ヶ崎市保健所 TEL 0467-55-5621 / FAX 0467-82-0501

E-mail hokenjyo.hokenyobou@city.chigasaki.kanagawa.jp

「初回報告書」「接触者リスト」「施設見取り図」「食事の席次」「行事表」を保健所へ提出してください。

報告日時	20	年		月		日	()	時		分
報告受付	所属名	茅ヶ崎市保健所 保健予防課 感染症対策担当			氏名					

施設基本情報

施設名					施設区分					
住所					相談者(役職)					
電話	0467-		-		FAX		-		-	
利用者数及び部屋状況	入所	階	人	(定員	人)	<input type="checkbox"/> 個室	部屋	<input type="checkbox"/> 大部屋	人部屋	部屋
		階	人	(定員	人)	<input type="checkbox"/> 個室	部屋	<input type="checkbox"/> 大部屋	人部屋	部屋
		階	人	(定員	人)	<input type="checkbox"/> 個室	部屋	<input type="checkbox"/> 大部屋	人部屋	部屋
		階	人	(定員	人)	<input type="checkbox"/> 個室	部屋	<input type="checkbox"/> 大部屋	人部屋	部屋
	合計	人	(定員	人)	※入所者と他利用者の接触		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	ショート	階	人	(定員	人)	<input type="checkbox"/> 個室	部屋	<input type="checkbox"/> 大部屋	人部屋	部屋
		階	人	(定員	人)	<input type="checkbox"/> 個室	部屋	<input type="checkbox"/> 大部屋	人部屋	部屋
合計		人	(定員	人)	※ショート者と入所者との接触		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
デイ	階	人	(定員	人)	※デイ利用者と入所者の接触		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
職員数	介護職	人 (階 人、階 人、階 人、階 人)								
	看護職	人								
	事務職	人								
	送迎職	人								
	その他	人 職種・人数 ()								
施設医・かかりつけ医	医療機関名					医師名				
	勤務状況									

初発患者の概要(利用者の場合) ※感染可能期間は発症の2日前からとなります。

患者名					生年月日			年齢	歳	
基礎疾患								介護度		
施設利用	<input type="checkbox"/> 入所	<input type="checkbox"/> ショート	<input type="checkbox"/> デイ	利用日						
居室番号等	階	号室	<input type="checkbox"/> 個室	<input type="checkbox"/> 大部屋	人部屋	居室防御	<input type="checkbox"/> 仕切・カーテン	<input type="checkbox"/> 2m以上距離		
	同室者									
症状経過	発症日	月	日	時頃	感染可能期間	月	日	~	月	日
	発症時の状況と経過									
検査日	月	日	病院		検査内容	<input type="checkbox"/> 抗原	<input type="checkbox"/> PCR	陽性判定日	月	日
感染経路										
主な行動歴										
マスク着用	感染者	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	マスク素材				他者着用状況	<input type="checkbox"/> 職員	<input type="checkbox"/> 利用者
利用者: 日常ケア(感染可能期間での密接な関わり)	食事	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 自立	場所	<input type="checkbox"/> 食堂	<input type="checkbox"/> 居室	状況		
	お風呂	利用日				状況				
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ一部介助	<input type="checkbox"/> トイレ自立	<input type="checkbox"/> オムツ全介助	状況					
	車の送迎	利用日				状況				
	移動	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 自立	状況					
その他										

初発患者の概要（職員の場合） ※感染可能期間は発症の2日前からとなります。

患者名				生年月日			年齢	歳		
基礎疾患							喫煙	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
職種				勤務場所						
症状経過	発症日	月	日	時頃	感染可能期間	月	日	～	月	日
	発症時の状況と経過									
検査日	月	日	病院			検査内容	<input type="checkbox"/> 抗原 <input type="checkbox"/> PCR	陽性判定日	月	日
感染経路										
主な行動歴（勤務等）										
マスク着用	感染者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	マスク素材				他者着用状況	<input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 利用者		
職員：ケア 関わり（感染可能期間）	食事	介助日			介助時の防護等状況					
	お風呂	介助日			介助時の防護等状況					
	身体介助									
	車の送迎	介助日			介助時の防護等状況					
	その他									
職員：ケア 以外行動（感染可能期間にマスクを外した場面等）	食事	<input type="checkbox"/> 本人のみ <input type="checkbox"/> 他者あり	日時及び状況							
	休憩	<input type="checkbox"/> 本人のみ <input type="checkbox"/> 他者あり	日時及び状況							
	ロッカー	<input type="checkbox"/> 本人持ち <input type="checkbox"/> 他者共有	日時及び状況							
	喫煙	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	日時及び状況							
	その他									

感染症対策状況

関係機関等への報告・情報共有	<input type="checkbox"/> 施設医・かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 行政・指定権者 <input type="checkbox"/> 法人本部 <input type="checkbox"/> 感染者家族 <input type="checkbox"/> 関係業者（清掃・厨房等） <input type="checkbox"/> 通所系・ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 未対応									
感染疑い者（濃厚接触・有症状者）の把握	利用者の状況（ <input type="text"/> ） 職員の状況（ <input type="text"/> ）									
感染疑い者への対応	<input type="checkbox"/> 個室対応 <input type="checkbox"/> 対応者の確認 <input type="checkbox"/> 医療機関受診/施設内での検体採取 <input type="checkbox"/> 生活空間・動線のわけ <input type="checkbox"/> ケア実施内容・実施方法の確認 <input type="checkbox"/> 未対応									
感染発生に伴う消毒の実施	<input type="checkbox"/> 感染者居室 <input type="checkbox"/> 共有スペース・物品（食堂・お風呂・手すり・体温計・オムツ車等） <input type="checkbox"/> リネン・食器 <input type="checkbox"/> 職員共有スペース・物品（休憩室・ロッカー・パソコン・スイッチ等） <input type="checkbox"/> 未対応									
個人防護具・消毒液の確保	<input type="checkbox"/> 在庫量・必要量の確認 <input type="checkbox"/> 調達先・調達方法の確認 <input type="checkbox"/> 未対応 在庫の防護具・消毒液の内容（ <input type="text"/> ）									
職員の確保	<input type="checkbox"/> 施設内・法人内での人員確保 <input type="checkbox"/> 自治体・関係団体への依頼 <input type="checkbox"/> 未対応									
業務内容の調整	<input type="checkbox"/> 提供サービス検討（ <input type="text"/> ） <input type="checkbox"/> 未対応									
日常の感染対策	体調管理	<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 不定期	状況							
	手洗い	<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 不定期	状況							
	消毒	<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 不定期	状況							
	換気	<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 不定期	状況							
	防護具	ケア毎の防護具状況								
	その他									
感染疑い者への検査	<input type="checkbox"/> 医療機関での検査予定 <input type="checkbox"/> 施設での検査予定 <input type="checkbox"/> 未定									
施設内で検査を実施する場合の想定	場所				利用者送迎	<input type="checkbox"/> 対応可（ <input type="text"/> ）				
	想定日	月	日	物品確認	<input type="checkbox"/> 机・椅子 <input type="checkbox"/> 仕切 <input type="checkbox"/> パーテーション					