

施設内集団発生調査票

|                  |                                                                                                                                                    |      |                                                               |      |            |    |   |   |  |  |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------|------|------------|----|---|---|--|--|
| 施設名称             |                                                                                                                                                    |      |                                                               | 施設種別 | 高齢者福祉施設    |    |   |   |  |  |
| 所在地              |                                                                                                                                                    |      |                                                               |      |            |    |   |   |  |  |
| 連絡先              |                                                                                                                                                    | TEL： |                                                               | FAX： |            |    |   |   |  |  |
| 施設内の最大利用者数・在籍職員数 | 利用者（入所者）                                                                                                                                           |      |                                                               |      |            | 職員 |   |   |  |  |
|                  | 施設種別・階層                                                                                                                                            |      | 男                                                             | 女    | 施設種別・階層・職種 |    | 男 | 女 |  |  |
|                  |                                                                                                                                                    |      |                                                               |      |            |    |   |   |  |  |
|                  |                                                                                                                                                    |      |                                                               |      |            |    |   |   |  |  |
|                  | 小計                                                                                                                                                 |      | 0                                                             | 0    | 小計         |    | 0 | 0 |  |  |
| 合計               |                                                                                                                                                    | 0    |                                                               | 合計   |            | 0  |   |   |  |  |
| 施設内の患者発生状況       | 利用者（入所者）                                                                                                                                           |      |                                                               |      |            | 職員 |   |   |  |  |
|                  | 施設種別・階層                                                                                                                                            |      | 男                                                             | 女    | 施設種別・階層・職種 |    | 男 | 女 |  |  |
|                  |                                                                                                                                                    |      |                                                               |      |            |    |   |   |  |  |
|                  |                                                                                                                                                    |      |                                                               |      |            |    |   |   |  |  |
|                  |                                                                                                                                                    |      |                                                               |      |            |    |   |   |  |  |
|                  | 小計                                                                                                                                                 |      | 0                                                             | 0    | 小計         |    | 0 | 0 |  |  |
|                  | 合計                                                                                                                                                 |      | 0                                                             |      | 合計         |    | 0 |   |  |  |
|                  | 経過                                                                                                                                                 |      | ※初発患者の発症日／検査確定日／利用（担当）していたフロア<br>保健所報告までの発症者数等について、日別で御記載ください |      |            |    |   |   |  |  |
|                  |                                                                                                                                                    |      |                                                               |      |            |    |   |   |  |  |
|                  |                                                                                                                                                    |      |                                                               |      |            |    |   |   |  |  |
|                  |                                                                                                                                                    |      |                                                               |      |            |    |   |   |  |  |
|                  |                                                                                                                                                    |      |                                                               |      |            |    |   |   |  |  |
|                  |                                                                                                                                                    |      |                                                               |      |            |    |   |   |  |  |
|                  |                                                                                                                                                    |      |                                                               |      |            |    |   |   |  |  |
|                  | 例） 1 4月1日 特養1階 介護職員1名が発症<br>2 4月2日 上記1の職員の抗原検査を実施 〔結果〕4月2日 コロナ（＋）判明<br>特養1階入所者 5名／特養 介護職員（フロア固定なし）4名が発症し検査実施<br>3 4月3日 上記2の検査結果で9名（＋）となり、保健所へ報告を実施 |      |                                                               |      |            |    |   |   |  |  |

様式26

〔日別発生状況〕

※陽性者で、その者が発症した日ごとの人数をご記入ください

| 月／日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 利用者 |     |     |     |     |     |     |     |
| 職員  |     |     |     |     |     |     |     |

| 月／日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 利用者 |     |     |     |     |     |     |     |
| 職員  |     |     |     |     |     |     |     |

| 月／日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 利用者 |     |     |     |     |     |     |     |
| 職員  |     |     |     |     |     |     |     |

連携医への報告

実施済み（医療機関：）

・ 未実施

〔助言・指示の内容〕

発生状況

入院患者

|   | 氏 名 | 入 院 期 間 | 入院医療機関 |
|---|-----|---------|--------|
| 1 |     | / ~ /   |        |

施設内の感染対策

| クラスター発生前 |  | クラスター発生後 |
|----------|--|----------|
|          |  |          |
| 感染拡大の要因  |  |          |
|          |  |          |

実施検査状況

・ 現時点の検査対象者の検査は終了し、有症状者が発生したら随時検査予定

・ 有症状者の検査結果待ち    ・ 有症状者を随時検査予定    ・ 従事者は全員検査実施、利用者は有症状者を随時検査予定

・ その他（）

稼働状況

・ 全館中止（期間： / ~ / ）    ・ 一部中止（期間： / ~ /    中止範囲：）

・ 入所施設のため稼働中

・ その他（）

事案終息までの流れ

クラスター発生に際し、終息までは以下の対応をお願いします。

1

患者および職員の健康管理 / 感染対策の継続

2

初回報告時は、「様式26 施設内集団発生調査票」および「概要・リスト」を御提出ください

3

初回報告後は、毎日、本調査票の〔日別患者発生状況〕を記入していただき、事案終息時に「様式26 施設内集団発生調査票」および「概要・リスト」を御提出ください

※保健所に対する毎日の報告は不要です    ※その他、何かありましたらご相談下さい

〔提出先〕    野田保健所    健康生活支援課