

**新型コロナウイルスに関する電話連絡時の聞き取り事項  
(介護保険課への提出は不要です。参考資料としてご活用ください)**

1	報告日時	月 日				
	報告事業所			電話		
	報告者氏名			役職		
2	対象事業所			事業所種別		
	営業状況	営業中・休業中： 月 日～ 月 日・その他( )				
	利用者・職員	利用者 ・ 職員				
	業務内容 勤務時間帯					
	対象者氏名			被保番		
	性別	男 ・ 女	生年月日・年齢	年 月 日( 歳)		
	住所					
	家族構成	福祉施設入所中 ・ 自宅 (一人暮らし・家族有)				
	渡航歴	無 ・ 有( )				
	保険種類	国保 ・ 後期高齢 ・ 社保 ・ 生保 ・ その他				
3	病院受診日	_____月_____日		検査病院名		
	通院先	有 ・ 無 疾患名： _____		病院名： _____		
	症状	無症状 ・ 発熱 ( _____ 度) ・ 頭痛 ・ 倦怠感 ・ 味覚障害 ・ 嗅覚障害 ・ その他( )				
	結果	陽性 ・ 陰性 ・ 結果待ち				
	最終利用日 出勤日	_____月_____日				
	発症日	_____月_____日		発症場所		
	検査日	_____月_____日				
	結果判明日	_____月_____日				
	現在の状況	施設待機 ・ 入院中 入院先( ) ・ 自宅待機 ・ その他( )				
施設から保健所への 連絡(対象者の 自治体の保健所)	足立保健所に連絡済 ・ 未連絡 ・ _____月 _____日に連絡予定					
4	利用(勤務)状況			行動状況等		
	経緯	日付	利用(出勤)有無	食事	入浴	休憩(職員)
	二日前					
	一日前					
	発症日					
	利用者数 職員数 建物構造等	1日あたりの利用者数： _____ 名 登録人数： _____ 名 職員数： _____ 名 建物構造： _____ 階建て／併設 _____ , _____ , _____ 陽性発生の階： _____ 階 陽性発生数⇒利用者 _____ 名／ _____ 名・職員数 _____ 名／ _____ 名 陽性の利用者の対応： 個室対応 ・ _____ 人部屋 マスク着用の有無： 有 ・ 無				
5	その他					

- ①対象者が触った物等は消毒をしておくこと、基本的な感染防止対策を徹底すること  
②感染経路等を特定するため、利用者・職員名簿、シフト表、日々の健康記録、施設の図面を用意してください