

メールで報告して下さい。それが難しい場合はFAXで送付して下さい。
※ただしFAXの場合は実名をイニシャルに変える等、個人情報を除いてください。

提出先 香川県長寿社会対策課 在宅サービスグループ
TEL 087-832-3274
① メール choju@pref.kagawa.lg.jp
② FAX 087-806-0206 (送付状不要)

別紙1-2

【居宅サービス】新型コロナウイルス感染症が疑われる者(利用者・家族)の状況報告書

当事業所において新型コロナウイルス感染症が疑われる者が発生しましたので、以下のとおり報告します。
※地域密着型サービス・総合事業は所在市町に報告したものを県にも送付してください。

報告年月日	令和 年 月 日
報告者	

事業所名		サービス種別	
管理者名		電話番号	
所在地			
利用定員(現在の利用者数)	名(名)	職員数	名

★報告の際ご用意頂くもの		チェック	備考
1	別紙2(新型コロナウイルス感染が疑われる者の発生経過報告表)		
2	別紙3(新型コロナウイルス感染が疑われる者の接触者リスト)		
3	事業所の見取図		
4	利用者の一覧		
5	事業所職員の一覧		

1 発生までの経過(症状出現の2週間前から記入してください。例:○月×日、他県家族と食事、等)

--	--	--	--

2 感染が疑われる利用者[職員]の状況(症状出現後の2週間前から記入して下さい。)※印は職員の場合は記入不要

氏名			※障害高齢者の日常生活自立度	
住所			※認知症高齢者の日常生活自立度	
年齢	v	性別	※要介護度	
症状				
主治医				
※担当ケアマネ				
利用状況(勤務状況)	利用(勤務)日		送迎車輛の使用	有 ・ 無
	利用(勤務)時間	: ~ :	その他(勤務内容)	
	使用した部屋		レクリエーション(内容)	
※その他の利用しているサービス	有 ・ 無	事業所名	利用日	
		サービス種別	利用時間	: ~ :
	事業所名	利用日		
		サービス種別	利用時間	: ~ :
※行動歴	通院	医療機関名	受診日	令和 年 月 日()
		医療機関名	受診日	令和 年 月 日()
	外出	外出先	日付	令和 年 月 日()
	その他			

3 同居家族の状況

体調不良者(有 ・ 無)
有の場合:人数、症状等

--	--	--	--	--

4 影響のある併設施設・事業所(感染が疑われる者が利用・勤務していた併設施設等がある場合)

No.	施設・事業所名称	サービス種別	発生事業所との往来	直近の利用・勤務日
1			有 ・ 無	
2			有 ・ 無	
3			有 ・ 無	