**メール報告様式（記入例）**

**記入日：令和２年　月　日（　）　　担当者名・職名（TEL）：　　　（　　　－　　　－　　）**

**１　事業所の概要（複数ある場合は、本様式を複写して記入してください）**

事業所番号：１２３４５６７８９９

事業所名：●●介護デイサービス

サービス種別：地域密着型通所介護・介護予防型通所サービス・短時間型通所サービス

事業所所在地（営業日）：　東大阪市　　　町　　丁目　　番　　号（月曜～　金曜）

（入所系・通所系サービスのみ）

発症日までの利用者数推移（概算可）：２日前：３人　１日前：５人　発症日：６人

発症日までの職員数推移　（概算可）：２日前：２人　１日前：２人　発症日：３人

定員数：　　１０人

**２　発症者の状況（複数ある場合は、本様式を複写して記入してください）**

陽性判定あり・PCR結果待ち・PCR検査待ち・感染が疑われる（いずれかを□で囲んでください）

　PCR検査（予定）医療機関名：

　PCR検査（予定）日：令和２年　月　日（　）

　PCR検査結果が判明した（する）日：令和２年　月　日（　）

**３　発症者の属性（複数ある場合は、本様式を複写して記入してください）**

職員・利用者（いずれかを□で囲んでください）

　年齢（性別）＜介護度又は障害支援区分＞：　８０代（男性）＜要支援２＞

　居住市：東大阪市

　最終従業日又は最終利用日：令和２年　月　日（　）

**４　経　過（発症日の２日前からPCR検査結果が出た日まで記入してください。発症日を□で囲んでください）**

４月２２日（水）特に体調不良なし。9時から16時までデイサービスを利用。以降、デイサービスの利用なし。

４月２３日（木）特に体調不良なし

４月２４日（金）17時自宅で発熱38.5°　せき、だるさあり　16時　●●病院へ救急搬送。

　　　　　　　　CT・レントゲンの結果、肺炎症状が認められ、医師の判断でPCR検査を実施

４月２５日（土）夕方にPCR検査の結果が出る予定

**５　保健所等への連絡（いずれかを□で囲んでください）**

保健所連絡済（４月２４日）・未連絡

**６　濃厚接触者（※１）又は濃厚接触が疑われる者の人数（無しの場合は０ゼロを記入してください）**

保健所による確定・事業所による選定・選定中（いずれかを□で囲んでください）

利用者：３人　　　職員：２人　　　その他（属性）：　人（　　）

**７　感染症対策（実施したもの・実施予定のものを全て□で囲んでください）**

職員のマスク着用・利用者のマスク着用・事業所内消毒・職員の自宅待機（４月２５日から）

休業（４月２７日から）【入所系サービスのみ→利用者個室隔離・ゾーン分け・職員の固定】

**８　衛生用品の状況（いずれかを□で囲んでください）**

マスク（１月程度備蓄あり・１週間程度備蓄あり・備蓄なし）

消毒液（１月程度備蓄あり・１週間程度備蓄あり・備蓄なし）

※１　濃厚接触者の定義

（新型コロナウイルス感染症患者に対する積極的疫学調査実施要領より抜粋）

・感染症の発症２日前から、手で触れることの出来る（目安として１メートル）で必要な感染予防策なしで、１５分以上の接触があった者等

　Q：「必要な感染予防策」とはどのようなものか。

Ａ：飛沫感染予防として患者が適切にマスク（布マスク含む）を着用していること、接触感染予防として患者が接触者との面会前に適切に手指消毒がおこなわれていることをいう。