施設調査票　**（　施設・事業所　⇒　保健所　）**　　　　　　　　令和　　年　　月　　日記載

保健所から聞き取りを行いますので、以下にご記入いただき、保健所にFAXまたはメールで、至急、ご提出ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | 施設種別： | 担当者 | 保健所との連絡窓口となる職員  氏名：  役職： |
| 住所  (電話) | メールアドレス  TEL（　　　　-　　　　- 　　　　）緊急時連絡先（　　　　-　　　　-　　　　） | | |
| 施設  概要 | 【施設情報】  　□平屋　　　□（　　　）階建　　　　個室（　有 〔□全室個室　　□一部のみ個室〕・ 無　）  【従業員情報】  □従業員数   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 合計 | 正規 | パート | 陽性者 | 内訳 | | 看護職 | 人 |  |  |  | 看護師　 人 　准看護師 　人 | | 介護職 | 人 |  |  |  | 介護職員　人　看護助手 　 人 | | リハ職員 | 人 |  |  |  | PT　 人　OT　 人　ST　 人 | | その他 (事務等) | 人 |  |  |  |  | | 合計 | 人 |  |  |  | － |   □職員のフロア間の交差（　有 ・ 無　）  □職員の他施設間の出入りや兼務状況（　有 〔施設名：　　　　　　　　　　　　　 　　　〕・ 無　）  □職員が濃厚接触者になった場合の出勤（　自宅待機 ・ 検査陰性なら出勤可 ・ その他〔　 　 　〕）  【利用者情報】  □利用者数　合計　　　　　人　(　1日平均利用者数：　　　　　人　)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | サービス/ユニット  別に記載 | 利用者合計 | | | | | | | 陽性者 | |  | 寝たきり | 透析 | 酸素投与 | 吸引 | ワクチン  未接種 | その他 |  | |  | 人 |  |  |  |  |  |  |  | |  | 人 |  |  |  |  |  |  |  | |  | 人 |  |  |  |  |  |  |  | |  | 人 |  |  |  |  |  |  |  | |  | 人 |  |  |  |  |  |  |  |   □利用者の他施設利用　(　有 〔施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕・ 無　)  ↳有の場合：□利用他施設へのコロナ患者発生報告（　済 ・ 未　） | | |
| 平時の施設の  状況 | 【利用者の健康管理】  □健康観察の回数（１日　　回/ 朝 ・ 昼 ・ 夕・ 他〔　　　 　　　〕）  □計測項目（　体温 ・ 血圧 ・ SpO2 ・ 症状 ・ 食事量 ・ その他〔　　　　　　　　　　　〕）  【基本的な感染対策】  □利用者のマスク着用（ 有 ・ 一部有 ・無 ）  □面　　会（　有 ・ 無 ・ その他〔　　　　　　〕） □換　　気（　有 ・ 無　）  □入所者の外出（　有 ・ 無 ・ その他〔　　　　　　〕）　□窓の開閉（常時・時間：〔　 毎〕）  【環境消毒・清掃】  □日々の共有物等の消毒（　有 ・ 無　）　　□消毒方法（　拭き取り ・ 噴霧 ・ その他〔　 　 〕）  □消毒場所（　ドアノブ ・ トイレ ・ テーブル ・ 椅子 ・ 車椅子 ・ 手すり ・ その他〔　 　　〕）  □消毒薬剤（　アルコール　 　　% ・ 次亜塩素酸Na　　 　％ ・ その他〔　　　　　　　　〕）  □清掃（　清掃業者に委託 ・ 自施設職員 ・ その他〔　　　　　　　　　　　〕）  【食事】  □食事前後の机等の消毒（　有 ・ 無　）　　□食事介助（　有 ・ 無　）　□換気（　有 ・ 無　）  □標準防護（　マスク ・ フェイスシールド ・ ガウン/エプロン ・ 手袋　）  □標準防護の交換頻度（　利用者ごと ・ その他〔　　　　　　　　　　　　　　　〕）  □食事の場（　居室 ・ 食堂 ・ その他〔　 　　　　　 　　 　　　〕）  ↳食事の場が「居室」以外の場合は以下記載  □テーブル（　　人掛け　　人使用）　　　　　□座席の指定（　有 ・ 無　）  □職員と入所者が一緒に飲食（　有 ・ 無　）　□パーテーション（　有 ・ 無　）  【入浴】  □入 浴（　個浴 ・ 集団　）　　　　　　□入浴介助（　有 ・ 無　）  □標準防護（　マスク ・ フェイスシールド ・ ガウン/エプロン　）  □標準防護の交換頻度（　利用者ごと ・ その他〔　　　　　　　　　　　　　　　〕）  【その他介助・ケア】  □オムツ交換：標準防護（　マスク ・ フェイスシールド ・ ガウン/エプロン ・ 手袋　）  　　　　　　標準防護の交換頻度（　利用者ごと ・ その他〔　　　　　　 　　 　　〕）  □吸引：標準防護（　N95マスク ・ サージカルマスク・フェイスシールド ・ ガウン/エプロン ・ 手袋　）  　　　　　　標準防護の交換頻度（　利用者ごと ・ その他〔　　　　　　　 　　　　　　〕）  【施設内活動・共有の場】  □レクリエーション活動（　有〔最終活動日：　　月　　日〕 ・ 無　）  　↳有の場合：□活動内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □共有の場（　ホール ・ リハビリ室 ・ その他〔　　　　　　　　　　　 　　　〕）  【物品の備蓄】※在庫欄に、〇×や大まかな備蓄数（約〇枚や段ボール〇箱分）を記載   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | 在庫※ |  | 在庫※ | | N95マスク |  | キャップ |  | | サージカルマスク |  | 抗原検査キット |  | | 手袋 |  | アルコール消毒液 |  | | フェイスシールド・ゴーグル |  | パルスオキシメーター |  | | ガウン |  |   □物品購入（　可能 ・ 困難 ・ 系列施設からの支援 ・ その他〔　　　　　 　　　　　〕） | | |
| 【通所サービス等で送迎がある場合に記入】  □車内の換気（　有 ・ 無　）　　　　□マスク着用（ 有 ・ 一部有 ・無 ）  □座席の指定（　有 ・ 無　） 　　□平均同乗者（　約　　　人　） | | |
| 平時の職員  状況 | 【全般】  □健康観察（　自己管理 ・ 管理者が集約 ・ その他〔　　　　　　　　　　　　　　　　　〕）  □マスク（　サージカルマスク ・ 指定なし ・ その他〔　　　　　　〕）  □系列施設からの応援：（　可 ・ 不可　）  【休憩室】（　有 ・ 無　）  □広さ（　　　畳程度 ）　　　 □同時利用人数（ 平均　　　人 ）　□換気（　有 ・ 無　）  □人との間隔（ 約 　 ｍ ） 　□使用前後の消毒（　有 ・ 無　）　 □黙食（　有 ・ 無　）  □休憩中のマスク着用（　有 ・ 無　） □共有寝具（　有 ・ 無　）  【更衣室】（ 有　・　無 ）  □広さ（　　　畳程度 ） □同時利用人数（ 平均　　 人 ） □換気（　有 ・ 無　）  【喫煙室】（　有 ・ 無　）  □喫煙場所（　屋外 ・ 屋内　）□人数制限（ 有 ・ 無 ）　□同時利用人数（ 平均　　　人 ） | | |
| 検査  その他 | □接触者等の検査（ PCR ・ 抗原定性 ・ その他〔 　　　 〕）  　　 月　　日（職員：　　　　人、入所者：　　　人、通所者：　　　人）  □感染症に関する自施設の対応マニュアル（ 有 ・ 無 ）  □通所サービス閉鎖予定（ 有 〔期間　 　/　 　～　 　/　 　〕・ 無　） | | |
| 陽性者  一覧  ※患者発  生順（診断日順）に記載 | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 患者氏名 | 属性  （職員/入所者等） | 性別 | 年齢 | 発症日 | 診断日 | ワクチン接種回数 | 最終出勤  （利用日）日 | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| その他  （連絡事項） |  | | |