**障害福祉サービス等提供事業所における**

**新感染症・指定感染症・新型インフルエンザ等感染症等について**

**感染した方や抗原・抗体検査の対象となった方が確認されたときの報告様式**

事業所名

報告者

連絡先（電話）

（Ｅmail）

報告書の御提出先：障害保健福祉推進室（[syogai@city.kyoto.lg.jp](mailto:syogai@city.kyoto.lg.jp)）

・未終結だが状況に進展があった場合：第１報に追記のうえ続報として御提出ください。

・感染者が発生し終結した場合：「事故報告書（感染症・食中毒）」を作成のうえ御提出ください。

事故報告書様式（<https://www.city.kyoto.lg.jp/hokenfukushi/page/0000238358.html>）

|  |  |
| --- | --- |
| **第（　　）報　←（）内に数字を記入　　　　※　以下，わかる範囲で御記入ください。** | |
| 1. 対象者 | □職員　□利用者　□その他（　　　　　　　） |
| 1. 対象者の発症有無・発症日・経過 | □無症状  □発症あり（発症日：　　　　　　　　　　症状：　　　　　　　　　　　）  発症前後から現在までの経過  （症状・サービス等利用（支援）状況・接触者の有無等を以下へ記入） |
| 1. 感染経路 |  |
| 1. 濃厚接触者の有無 | □なし  □あり（調査中）（現時点での人数：　　　　）  □あり（確定）（人数：　　　　） |
| 1. 抗原・抗体検査結果の確定予定日 | □調整中（要調整者数：　　　　）  □全員調整済（結果確定日（予定）：　　　　　　　） |
| 1. 休業の実施（期間） | □運営継続  □休業期間あり：　　　　から　　　　まで |
| 1. 利用者・家族等への   対応の状況 |  |
| 1. 関係事業所・区役所・支所への対応の状況 |  |
| 1. 保健所（医療衛生企画課）からの助言等 |  |
| 1. その他 |  |

・感染者なしで終結した場合：本様式に終結までの経過を追記のうえ最終報として御提出ください。