月分

施設・事業所に関する情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 報告日時 |  | 報告者名 |  |
| 電話番号 |  | メールアドレス |  |
| 施設・事業所名 |  | サービス種別 |  |
| 職員人数 |  | 利用者数 |  |
| 感染者発生日 |  | 施設内感染状況 | 終息　（　　　月　　　日現在）収束中　（　　　月　　　日現在）拡大中　（　　　月　　　日現在） |
| 物資の有無 | 必要　　・　　不要 | ➡ | 「必要」の場合、介護保険課へ必要な物資と数量を連絡してください。 |

感染者に関する情報

|  |  |
| --- | --- |
| 職員 | 利用者 |
| 年齢 | 感染者数 | 年齢 | 感染者数 |
|  | １００歳代 |  | 人 |
| ９０歳代 |  | 人 |
| ８０歳代 |  | 人 |
| ７０歳代 |  | 人 |
| ６０歳代以上 |  | 人 | ６０歳代 |  | 人 |
| ５０歳代 |  | 人 | ５０歳代 |  | 人 |
| ４０歳代 |  | 人 | ４０歳代 |  | 人 |
| ３０歳代 |  | 人 |  |
| １０・２０歳代 |  | 人 |
| 合計 |  | 人 | 合計 |  | 人 |

※　本報告書は新型コロナウイルス感染症のみ対象となります。その他の感染症については、これまでどおり事故報告にて市へ届出を行ってください。

※　事業所内における急激な感染拡大により、支援物資の提供を希望される場合は、越谷市介護保険課へ電話（048-963-9305）又は電子メール（kaigo@city.koshigaya.lg.jp）にてご連絡ください。

　（在庫状況によりご要望にお応えできない場合がございますので、予めご了承ください。）

　７　月分

記入例

施設・事業所に関する情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 報告日時 | 令和６年８月１３日 | 報告者名 | ○○　○○ |
| 電話番号 | 048-963-9305 | メールアドレス | kaigo@city.koshigaya.lg.jp |
| 施設・事業所名 | 特別養護老人ホーム△△ | サービス種別 | 介護老人福祉施設 |
| 職員人数 | ５０人 | 利用者数 | １００人 |
| 感染者発生日 | 令和６年７月１５日 | 施設内感染状況 | 終　 息　（　　　月　　　日現在）収束中　（　　８月　１３日現在）拡大中　（　　　月　　　日現在） |
| 物資の有無 | 必要　　・　　不要 | ➡ | 「必要」の場合、介護保険課へ必要な物資と数量を連絡してください。 |

報告時点における状況、いずれか該当するものを○で囲み、日付を記載してください。

「終息」以外を選択した場合、「終息」するまでは、翌月以降も報告願います。

当月１人目の感染者の陽性確認日を記載してください。

感染者に関する情報

|  |  |
| --- | --- |
| 職員 | 利用者 |
| 年齢 | 感染者数 | 年齢 | 感染者数 |
|  | １００歳代 | １ | 人 |
| ９０歳代 | １ | 人 |
| ８０歳代 |  | 人 |
| ７０歳代 | ５ | 人 |
| ６０歳代以上 | １ | 人 | ６０歳代 | ４ | 人 |
| ５０歳代 | ３ | 人 | ５０歳代 |  | 人 |
| ４０歳代 | ５ | 人 | ４０歳代 |  | 人 |
| ３０歳代 |  | 人 |  |
| １０・２０歳代 | １ | 人 |
| 合計 | １０ | 人 | 合計 | １１ | 人 |

※　本報告書は新型コロナウイルス感染症のみ対象となります。その他の感染症については、これまでどおり事故報告にて市へ届出を行ってください。

※　事業所内における急激な感染拡大により、支援物資の提供を希望される場合は、越谷市介護保険課へ電話（048-963-9305）又は電子メール（kaigo@city.koshigaya.lg.jp）にてご連絡ください。

　（在庫状況によりご要望にお応えできない場合がございますので、予めご了承ください。）