**メール報告様式**

《報告先》

大阪府福祉部障がい福祉室生活基盤推進課指定・指導グループ

メールアドレス：[shidou-line@gbox.pref.osaka.lg.jp](mailto:shidou-line@gbox.pref.osaka.lg.jp)

**新型コロナウイルス感染症　感染の状況**

記入日：令和　　年　　月　　日（　　）

担当者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（　　　　－　　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※常時、連絡が可能なもの（必要に応じて本府から連絡させていただきます）

１．事業所の概要　※複数の場合は本様式を複写の上ご記入ください

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 事業所番号 |  |
| サービス種別 |  |
| 事業所所在地 |  |
| 利用定員 |  |

２．感染の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 陽性判定あり | 利用者　　名、職員　　名 |
| PCR検査結果待ち | 利用者　　名、職員　　名 |
| PCR検査待ち | 利用者　　名、職員　　名 |
| 上記以外の濃厚接触者または濃厚接触が疑われる者 | 利用者　　名、職員　　名 |

３．経過

|  |  |
| --- | --- |
| 日にち | 経過 |
| 月　日（　） |  |
| 月　日（　） |  |
| 月　日（　） |  |
| 月　日（　） |  |
| 月　日（　） |  |
| 月　日（　） |  |

４．保健所からの指示内容等

|  |  |
| --- | --- |
| 管轄保健所 |  |
| 保健所からの指示内容 |  |

５．衛生用品の状況（該当するものに■）

|  |  |
| --- | --- |
| マスク | □備蓄あり　　□1週間程度備蓄あり　　□備蓄なし |
| 消毒液 | □備蓄あり　　□1週間程度備蓄あり　　□備蓄なし |
| その他の個人防護具（ガウン、ゴーグル等） |  |