

別紙 1

○施設等職員が個人で検査申込をする場合

高齢者施設等「スマホ検査センター」

WEB 申込フォームへの入力方法等 (Ver. 1.3)

【お申込みの前に必ずご確認ください】

ご自身で唾液採取できない方や強い症状があり受診が必要な方は、かかりつけ医又は新型コロナ受診相談センターにご相談ください。

①対象者について（以下のア、イの項目をすべて満たす方）

ア 別表 1 に記載されている府内の施設等の職員と入所者等

（一部の施設等については、職員のみ）

※通所等の利用者の家族は対象外です。

イ 上記、①のアの中で、少しでも次の症状のある方で、1つでも該当する場合

咳、発熱、筋肉痛、寒気・震え、倦怠感、頭痛、下痢、咽頭痛、息切れ、

嗅覚・味覚障害、胸痛、鼻水、くしゃみ

② ご自身で検体（唾液）が採取できない方、受診が必要な症状の方はかかりつけ医または保健所（新型コロナ受診相談センター）にご相談ください。

③ 施設等の窓口担当者（以下、「窓口担当者」）が有症状の入所者等、職員の検査申込をしていただきますので、必ず本人の同意（検査申込とそれに伴う個人情報の提供について）を得てください。

④ お申込み後にメールが届きますので、その内容に従って検体採取容器セットの受取、検体（唾液）採取、検体提出へと進んでください。

入力にあたっては下記ホームページの高齢者施設等「スマホ申込検査センター」における検査申込マニュアルの注意事項、入力方法をよくお読みいただき、連絡先等に誤りのないよう入力してください。

URL : <http://www.pref.osaka.lg.jp/chiikifukushi/coronafukushi/index.html>

検査申込フォームへの入力について

※検査を受けられる方ごとに入力していただくことになります。

○確認と同意について

注意事項について確認し、個人情報の提供について本人の同意を得た

⇒ 上記、①から③を確認された場合はに✓を入れてください。

※ なお、④「個人情報の提供について本人の同意を得た」については、
職員個人で申込をする方は該当いたしません。

○事業所情報について

・事業種別

⇒ 別表1を参照し、以下のラジオボタンから該当するものを選択してください。

高齢者福祉サービス等・・・「高齢者入所施設等」及び「高齢者通所サービス事業所等」
障がい者福祉サービス等・・・「障がい者入所施設等」及び「障がい者通所サービス事業所等」
児童養護施設等・・・「児童養護施設・保育所等」
救護施設等・・・「救護施設等」

・事業所番号

⇒ 「事業種別」で、高齢者福祉サービス等及び障がい者福祉サービス等を選択した場合は、事業所番号検索から「事業所名」を検索していただきますと、「事業所名」が自動で入力されます。

それ以外の事業種別を選択した場合又は事業所番号がない場合若しくは事業所番号が不明な場合は「事業所名」欄に直接、事業所名を入力してください（空白を入れずに左詰めで入力してください）。

・事業所__サービス種別

⇒ 「事業種別」で選択したものに該当するサービス種別が選択可能になりますので、該当するものをプルダウンから選択してください。

※サービス種別は正しいものを選択してください。

その他を選択された場合は、「サービス種別（その他）」に直接入力してください。

- ・住所検索（事業所住所）
 - ⇒ 郵便番号を入力し、検索ボタンを押してください。郵便番号から住所が自動で反映されます。「番地等」は直接入力してください。
郵便番号がご不明な場合は、日本郵便株式会社ホームページ等をお調べいただき、該当の郵便番号を入力してください。

- ・姓・名（窓口担当者）
 - ⇒ 窓口担当者の氏名を（姓）と（名）に分けて入力してください。

- ・連絡先電話番号（窓口担当者）
 - ⇒ 半角数値で、市外局番、市内局番、加入者番号に分けて入力してください。
必ず、連絡がつく電話番号を入力してください。（携帯電話番号も可）

- ・連絡先メールアドレス・連絡先メールアドレス確認用（窓口担当者）
 - ⇒ メールアドレスの確認のため、連絡先メールアドレス（確認用）にも同じ内容のメールアドレスを入力してください。

※ メールアドレスは高齢者施設等「スマホ検査センター」からの連絡に不可欠ですので、誤りがないよう、入力してください。
※ 確認用のメールアドレスと相違がある場合は「同じ値を入力してください」というメッセージがでます。

○検査を受けられる方の基本情報について

- ・区分
 - ⇒ 職員・利用者等の直接申込みを選択してください。

- ・姓・名
 - ⇒ 検査を受けられる方の氏名を（姓）と（名）に分けて入力してください。

- ・姓・名（フリガナ）
 - ⇒ 検査を受けられる方の氏名（フリガナ）を（姓）と（名）に分けて入力してください。（カタカナ全角）

- ・ 生年月日（年・月・日）
 - ⇒ 各々をプルダウンから選択してください。
 - なお、生年月日が入力されますと、年齢は自動で反映されます。

- ・ 性別
 - ⇒ 「男性」、「女性」、「伝えられない」のいずれかを選択してください。

- ・ 職種
 - ⇒ 別表 2 を参照し、該当するものをプルダウンから選択してください。
 - ※ 複数該当する場合は、主な役割を担う職種を選択してください。
 - ※ その他を選択された場合、直接入力してください

- ・ 連絡先電話番号
 - ⇒ 半角数値で、市外局番、市内局番、加入者番号に分けて入力してください。
 - 施設の電話番号ではなく、必ず、連絡がつく検査を受けられる方個人の電話番号を入力してください。（携帯電話番号も可）**

- ・ メールアドレス・メールアドレス確認用
 - ⇒ メールアドレスの確認のため、メールアドレス（確認用）にも同じ内容のメールアドレスを入力してください。

 - ※ メールアドレスは高齢者施設等「スマホ検査センター」からの連絡に不可欠ですので、誤りがないよう、入力してください。
 - ※ 確認用のメールアドレスと相違がある場合は「同じ値を入力してください」というメッセージがでます。

○検査を受けられる方の住所（居所）

- ・ 住所検索（申込者住所）
 - ⇒ 郵便番号を入力し、検索ボタンを押してください。郵便番号から住所が自動で反映されます。「番地等」は直接入力してください。
 - 郵便番号がご不明な場合は、日本郵便株式会社ホームページ等をお調べいただき、該当の郵便番号を入力してください。

- ・ 検体採取容器の受取方法
 - ⇒ 「施設等が受取」、「郵送を希望」のいずれかを選択してください。
ただし、「郵送を希望」を選択できる方は以下に該当する場合のみとなります。
 - ・ 自宅待機中等で症状のある施設等職員個人である方

- ・ 検査容器郵送先住所（上記「検体採取容器の受取方法」で「郵送を希望」を選択された方のみ表示されます）
 - ⇒ 「事業所住所」、「検査を受けられる方の住所（居所）」のいずれかを選択してください。
 - ※ なお、検体採取容器の送付先を「事業所住所」とされる場合は、予め、窓口担当者と調整しておいてください。

- ・ 検体採取容器の提出方法*
 - ⇒ 「施設等が持ち込み」、「家族が持ち込み」、「その他」のいずれかを選択してください。
 - ※ 「その他」を選んだ場合は、スマホ検査センターから電話連絡があります。

○検査を受けられる方の症状

- ・ 症状
 - ⇒ 該当のあるものをすべて選んで、□に✓を入れてください。
 - ※ 該当がない場合など、1つも☑がない場合はエラーとなり、検査申込の対象外となりますので、ご注意ください。

- ・ 症状出現日
 - ⇒ 上記、「症状」のうち最も早く症状が出現したものの出現日を「カレンダー」から選択してください。

○確認画面

⇒ 全ての項目について入力終了しましたら、「確認画面」をクリックしてください。入力された項目を確認します。

● 項目がすべて正しく入力されている場合 ⇒ 「登録」をクリック

● 項目に誤りがある場合 ⇒ 「戻る」をクリック

⇒ 入力フォームに戻りますので、修正等してください。

⇒ 修正後は、改めて「確認画面」をクリックし、誤りがないか確認していただいたうえで、「登録」をクリックしてください。

◆登録後のながれ

- ・ 登録後、[「noreply@form.kintoneapp.com」](mailto:noreply@form.kintoneapp.com)から「申込完了メール」が届きます。
※メールの受信拒否設定をされている場合は、[「noreply@form.kintoneapp.com」](mailto:noreply@form.kintoneapp.com)からのメールを受信できるよう事前に設定してください。

※ [「noreply@form.kintoneapp.com」](mailto:noreply@form.kintoneapp.com) は送信専用アドレスです。返信はできませんのでご注意ください。

- ・ 申込完了メールの「マイページ」から、現在の進行状況や陰性の方の検査結果が確認できます（「検査結果（陰性）通知メール」も届きます）。
- ・ 検査結果が「陽性の方」へは、高齢者施設等「スマホ検査センター」から職員個人と窓口担当者へは「検査結果通知メール等」の連絡はいたしません。
保健所から職員個人と窓口担当者へ連絡がありますので、その指示に従ってください。