

●ユーザー管理

入力項目（「＊」は必須項目）	サンプル
施設名（事業所名）＊	有料老人ホーム テスト
郵便番号＊	5400008
住所（市町村）＊	大阪市
住所（町名以下）＊	中央区大手前3丁目2-12
施設種類＊	社会福祉施設
初回登録担当者名＊	大阪 福祉
電話番号＊	0669447602
メールアドレス＊	chiikifukushi-g04@gbox.pref.osaka.lg.jp

●施設情報

入力項目（「＊」は必須項目）	サンプル
法人格＊	社会福祉法人
法人名＊	テスト会
施設長名	地域 福祉
電話番号（時間外可）	09011112222
メールアドレス2	test@fukushi.osaka.jp
感染管理担当者（氏名）＊	地域 支援
感染管理担当者（ふりがな）＊	ちいき しえん
感染管理担当者（部署）＊	看護部
感染管理担当者（職種）＊	看護師
職種（その他）	
地域での役割＊	リンク施設
連携保健所（複数選択）	
施設図面	

●福祉施設情報 その1

入力項目（「＊」は必須項目）	サンプル
事業所番号	123456789
社会福祉施設の種類（大分類）	高齢
社会福祉施設の種類（小分類）	有料老人ホーム
利用形態(複数選択)	入所
入所定員	30
通所人数	0
利用者の年齢層（複数選択）	60～69歳、70～79歳、80～89歳
認知症者の有無	いない
障がいの種類(複数選択)	身体
入所室の形態(複数選択)	個室
個室数	30
部屋の移動	不可
療養室数	2
食事の提供	あり
給食の実施形態	直営
提供場所（集合or個室）	個室
職員数（看護職）※非常勤を含む	3
職員数（看護職以外）※非常勤を含む	20

裏面に続く

●福祉施設情報 その2

入力項目（「＊」は必須項目）	サンプル
嘱託医	あり
嘱託医の名称	地域 推進
嘱託医の診療形態 （定期回診or訪問診療or外来受診orその他）	定期回診
嘱託医の診療形態（その他）	
看護師の配置	日勤のみ
看護師の勤務形態 （日勤（常勤）or日勤（非常勤）or夜勤（常勤）or夜勤（非常勤））	日勤（常勤）
高齢者施設等感染対策向上加算（加算Ⅰor加算Ⅱorなし）	加算Ⅱ
提供可能な医療的ケア（複数選択）	バルーン管理、ストーマ管理
搬送車	あり
協定締結医療機関との連携	あり
連携している医療機関名	地域福祉病院
連携している内容	利用者の診療、相談
協力医療機関との連携	あり
連携している医療機関名	地域支援病院
連携している内容	利用者の診療、相談
感染対策向上加算取得医療機関との連携	あり
連携している医療機関名	地域推進病院
連携している内容	利用者の診療・入院、相談

●人材情報

入力項目（「＊」は必須項目）	サンプル
氏名＊	地域 施策
ふりがな＊	ちいき せさく
メールアドレス	test2@fukushi.osaka.jp
主たる免許の種類	看護職
主たる免許の種類がその他の場合に記入	
主たる免許の実務経験年数	20
その他免許（医療・介護関係に限る）	
ICN資格 （感染症看護専門看護師or感染管理認定看護師or感染制御実践看護師）	感染管理認定看護師
職位	看護師長
レベル	レベル4

●研修受講履歴

入力項目（「＊」は必須項目）	サンプル
研修開催日	2024.9.25
研修名	2024年度感染症予防対策を実践・推進できる感染対策研修_リーダーコース
実施主体	大阪府看護協会
研修開催日	2024.12.1
研修名	感染症対策研修会
実施主体	社会福祉協議会
研修内容	自施設における感染症対策について