

○新型コロナウイルス感染者の報告

報告を受けた日時：

	区市町村名 担当課室・担当係、担当者名、連絡先	町田市 介護保険課
1	記載者（部署、役職、連絡先）	
2	感染者（職員か利用者か）	
3	性別、年齢、世帯状況、現在の病状	
4	陽性反応を知った経緯 (保健所からの連絡、ケアマネからの連絡、事業者からの連絡)	
5	保健所と連絡はとっているか	
6	症状発生から感染判明までの経緯 (入院先病院名、PCR検査機関)	
7	発生した事業所（法人名、事業所番号、事業所名、住所、担当者連絡先）	
8	濃厚接触者の把握状況（職員人数、利用者人数→検査状況）	
9	利用者であった場合は、利用している介護保険サービスの利用状況（複数利用か一か所か）	
10	職員であるときは、感染発覚までの勤務状況	
11	事業所での対応（休業の予定など）	
12	利用者のサービス確保は図れるか	