○○事業所における感染対応の経緯

|  |  |
| --- | --- |
| ○○月○○日  ○○月○○日  ○○月○○日  ○○月○○日  ○○月○○日  ○○月○○日  ○○月○○日 | 入所者Ａの発熱が確認されたため、保健所へ連絡しＰＣＲ検査を実施。  入所者Aの新型コロナウイルス感染症の陽性が判明  保健所の指示により、感染の可能性がある入所者・職員（○○名）のPCR検査（行政検査）を実施  通所事業を休止  陽性者：利用者○名、職員○名を確認  施設内療養が必要となった入所者Bへ対応を開始  ○○名のPCR検査（行政検査）を実施  ・  ・  ・  施設内療養を行っていた利用者Bが病院へ入院  PCR検査（行政検査）で全員の陰性確認  保健所の指示により、危険エリアの解除  ○○月○○日～○○月○○日の期間で、○名の陽性者が発生  うち、施設内療養を行った者は  ・利用者B（○○月○○日～○○日　計○日間）  ・利用者C（○○月○○日～○○日　計１１日間）  　　療養解除基準を満たさないため、期間延長  指示を受けた保健所の名称　　○○保健所○○課 |

　　※１　**個人情報の特定は不要**。（利用者名、職員名はA,B等で記載ください。）

　　※２　経緯を保健所に確認する必要がありますので、指示を受けた保健所名等を明記ください。