別紙１―２

**健康危機（感染症、疑いを含む）発生速報（新型コロナウイルス版）**

**提出先　千葉県健康福祉部障害福祉事業課**

障害福祉サービス種別ごとに提出先が異なります。該当の担当班へメールにてご提出ください

※千葉県以外の自治体で所管されている事業所は、各自治体へお問い合わせください

|  |  |
| --- | --- |
| 障害者福祉サービス事業所  ※訪問系および相談系を除く | 法人指導班　[shougai-houjin@mz.pref.chiba.lg.jp](mailto:shougai-houjin@mz.pref.chiba.lg.jp)  　　　　　　電話：０４３－２２３－２６４６ |
| 障害児福祉サービス事業所 | 療育支援班　[ryouiku@mz.pref.chiba.lg.jp](mailto:ryouiku@mz.pref.chiba.lg.jp)  　　　　　　電話：０４３－２２３－２３３６ |
| 訪問系および相談系事業所 | 地域生活支援班　[syohuk\_chiiki@mz.pref.chiba.lg.jp](mailto:syohuk_chiiki@mz.pref.chiba.lg.jp)  　　　　　　　　電話：０４３－２２３－２３３５ |

【注意事項】

・本報告書は、事業所の利用者・職員のうち陽性者が発生した場合、ご提出ください。

また、初回報告以降は、追加の陽性者が発生毎に内容の更新・追記をいただきご提出ください。

・本報告書での「検査」とは、抗原検査もしくはPCR検査のどちらかを指します。

・事業所で別の感染経路から感染したと思われる陽性者が発生した場合は、新たな報告書を作成ください。

・事業所の中で同時に１０名以上の感染が発生した場合は、管轄保健所へご連絡ください。

【提出年月日】　令和　　年　　月　　日　　時　　第　　　報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | |
| 事業所名 |  | | |
| 障害福祉サービス名 |  | | |
| 事業所番号　10桁 |  | 利用者定員 | 名 |
| 事業所住所 |  | | |
| 電　　　　話 |  | ＦＡＸ |  |
| メールアドレス |  | | |
| 連絡窓口 | 職　　　　　　　　氏名 | | |
| 【陽性者数】（　　　　年　　　月　　　日現在）  　　職員　　　　　　名／　　　　　名中  　　利用者　　　　　名／　　　　　名中  　　合計　　　　　　名／　　　　　名中 | | | |
| 【概要】 | | | |
| 【感染者状況】　入院　　　　　　人（医療機関名【　　　　　　　　　　　　　　　】）  事業所療養　　　人　・　自宅待機　　　　人　・　その他（　　　　　　　　）　　人 | | | |
| 【今後の検査対象】　職員　　　　人　・　利用者　　　　人　・　その他　　　　人 | | | |
| 【感染対策の物資】確保済み・確保していたが不足している（不足する可能性がある）・確保していない | | | |
| 【ゾーニング状況】　ゾーニングを開始している（開始年月日　　年　　月　　日）・開始してない | | | |

別紙１－２

**記入例**

**健康危機（感染症、疑いを含む）発生速報（新型コロナウイルス版）**

**提出先　千葉県健康福祉部障害福祉事業課**

障害福祉サービス種別ごとに提出先が異なります。該当の担当班へメールにてご提出ください

※千葉県以外の自治体で所管されている事業所は、各自治体へお問い合わせください

|  |  |
| --- | --- |
| 障害者福祉サービス事業所  ※訪問系および相談系を除く | 法人指導班　[shougai-houjin@mz.pref.chiba.lg.jp](mailto:shougai-houjin@mz.pref.chiba.lg.jp)  　　　　　　電話：０４３－２２３－２６４６ |
| 障害児福祉サービス事業所 | 療育支援班　[ryouiku@mz.pref.chiba.lg.jp](mailto:ryouiku@mz.pref.chiba.lg.jp)  　　　　　　電話：０４３－２２３－２３３６ |
| 訪問系および相談系事業所 | 地域生活支援班　[syohuk\_chiiki@mz.pref.chiba.lg.jp](mailto:syohuk_chiiki@mz.pref.chiba.lg.jp)  　　　　　　　　電話：０４３－２２３－２３３５ |

【注意事項】

・本報告書は、事業所の利用者・職員のうち陽性者が発生した場合、ご提出ください。

また、初回報告以降は、追加の陽性者が発生毎に内容の更新・追記をいただきご提出ください。

・本報告書での「検査」とは、抗原検査もしくはPCR検査のどちらかを指します。

・事業所で別の感染経路から感染したと思われる陽性者が発生した場合は、新たな報告書を作成ください。

・事業所の中で同時に１０以上の感染が発生した場合は、管轄保健所へご連絡ください。

【提出年月日】　令和　５年　２月２３日　８時　　第　２　報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 | 社会福祉法人●●●● | | |
| 事業所名 | グループホーム●●●● | | |
| 障害福祉サービス名 | 共同生活援助 | | |
| 事業所番号　10桁 | ●●●●●●●●●● | 利用者定員 | ２０名 |
| 事業所住所 | ●●市●●町●●―●● | | |
| 電　　　　話 | ●●●－●●●－●●●● | ＦＡＸ |  |
| メールアドレス | ●●●●●＠●●．●● | | |
| 連絡窓口 | 職　　管理者　　　氏名　●●●　●● | | |
| 【陽性者数】（　令和５年　２月　２２日現在）  　　職員　　　　３　名／　　３０　名中  　　利用者　　　２　名／　　１０　名中  　　合計　　　　５　名／　　４０　名中 | | | |
| 【概要】  　2月21日　職員1名発熱。抗原検査により陽性が判明  　　　　　　 感染経路を調査し、ゾーニングを開始  2月22日８時　事業所の利用者３名及び職員２名に症状あり。  　同　　日13時　上記の利用者及び職員が検査。利用者２名及び職員２名が陽性。  ガウン等の感染対策の物資を追加確保。  　2月23日予定　陽性者が5名以上となったため、管轄保健所へ連絡予定 | | | |
| 【感染者状況】　入院　　　　１　人（医療機関名【　　●●●●総合病院　　　　　　】）  事業所療養　１　人　・　自宅待機　　３　人　・　その他（　　　　　　　　）　　人 | | | |
| 【今後の検査対象】　職員　　３　人　・　利用者　　２　人　・　その他　　　　人 | | | |
| 【感染対策の物資】確保済み・確保していたが不足している（不足する可能性がある）・確保していない | | | |
| 【ゾーニング状況】　ゾーニングを開始している（開始年月日　５年　２月２１日）・開始してない | | | |