**記入日：令和　年　月　日（　）　　担当者名・職名（TEL）：　　　　　　（　　　－　　　－　　）**

**メール報告様式**

**【送信先：****corona-kaigo@city.osaka.lg.jp****】**

**１　事業所の概要**

事業所番号：

事業所名：

サービス種別：

事業所所在区：　　　区

定員数　　　名

職員数　　　名

**２　発症者の状況**

**感染者数総計：職員　名　　利用者　名（入所系サービスのみ保健所への報告：済・未済）**

（いずれかを□で囲む）

PCR検査結果判明日

月　日（　）　職員　　名（自宅療養　　名・施設内療養　　名・入院　　名）

　　利用者　名（自宅療養　　名・施設内療養　　名・入院　　名）

月　日（　）　職員　　名（自宅療養　　名・施設内療養　　名・入院　　名）

　　利用者　名（自宅療養　　名・施設内療養　　名・入院　　名）

月　日（　）　職員　　名（自宅療養　　名・施設内療養　　名・入院　　名）

　　利用者　名（自宅療養　　名・施設内療養　　名・入院　　名）

※喀痰吸引を実施している利用者：有（　名）・無

**３　濃厚接触者又は濃厚接触が疑われる者の人数（無しの場合は０ゼロを記入）**

保健所による確定・事業所による選定・事業所選定中（いずれかを□で囲む）

利用者：　　名　　　職員：　　名

職員の自宅待機：有（　名）・無

**４　感染症対策（実施したもの・実施予定のものを全て□で囲む）**

職員のマスク着用・利用者のマスク着用・事業所内消毒・休業（　月　日から）

【入所系サービスのみ→利用者個室隔離・ゾーン分け・職員の固定】

**５　衛生用品の状況（いずれかを□で囲む）**

１月程度備蓄あり・１週間程度備蓄あり・備蓄なし（マスク・ガウン・手袋・フェースシールド）

**６　その他の連絡事項**