

宛先：介護保険課 介護事業担当 行

F A X 送信票不要

F A X : 0 4 - 2 9 6 9 - 5 7 3 5

事 故 報 告 (速報) PCR検査報告用 狭山市

1 事業所の情報			
法人名		所在地	
施設(事業所)名		サービス種別	
代表者職氏名		電話番号	
2 対象利用者(または対象職員)の情報			
氏名をイニシャルで記入(年齢)	(歳)	性別	
要介護度(職員の 場合、職種)		居住市町村	市
3 状況及び対応等			
PCR検査受検日(または受検予定日)	月 日 (曜日) 時 分	検査結果判定 予定日時	月 日 (曜日) 時 分
発症してからの経過 (体調の変化、施設内や自宅での行動歴、受診の状況、職員の場合勤務状況)	月 日 ()		
	月 日 ()		
	月 日 ()		
	月 日 ()		
	月 日 ()		
対象者以外の 体調不良者の 有無と状況	あり ・ なし ※「あり」の場合、以下に状況を記入		
	利用者の状況		
	職員の状況		
保健所からの指示事項等			
今後の対応 (感染拡大防止策、運営している他サービスの状況等)			
参考事項			

※適宜、行を追加し記入してください。

※この様式はPCR検査の受検を迅速に把握するためのものですので、事案発生後、直ちに報告してください。PCR検査の結果は、電話にて直ちに報告してください。陽性であった場合、「事故報告書」を提出してください。