**新型コロナウイルス感染症用フェイスシート**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日　時 | 令和　 　年　 　月　 　日（　 　）AM・PM　　　　時　　　　分 | 担当保健師 |  |
| 施　設 | 施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 窓口担当者 |  |
| 住所　　八尾市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　時間外連絡先　　　　　　　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　アドレス　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ①施設人数 | 施設全体　利用者定員　　　名・現在の利用者　　　名（うち体調不良者　　名）職員　　　名（うち体調不良者　　名） |
| 陽性者の所属（　　　　　　　　　　）利用者定員　　　名・現在の利用者　　　名（うち体調不良者　　名）職員　　　名（うち体調不良者　　名） |
| ②嘱託医連絡 | 有（嘱託医　 　　 　 　 ）・無⇒有の場合：□コロナ治療（□内服　□点滴）　□対処療法（□酸素投与）　□検査（□発生届） |
| ③環境状況 | 建物の概要（　　　階建て）陽性者が滞在するフロア（空間）の大きさ・換気状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　食堂の利用（□全利用者集合　□フロア毎　□その他） |
| ④日常の感染対策 | マスクの着用　　　職員：有・無　　　利用者：有・無ワクチン接種　　　職員：有・無　　　利用者：有・無 |
|  | 着用する介助（例：排泄介助のみ等） | 着るタイミング（例：利用者ごと、フロアごと等） | 脱ぐタイミング（例：利用者ごと、フロアごと等） |
| 手袋 | 食事介助・排泄介助・入浴介助・口腔ケア・その他（　　　）・無 |  |  |
| エプロン | 食事介助・排泄介助・入浴介助・口腔ケア・その他（　　　）・無 |  |  |
| ゴーグルフェイスシールド | 食事介助・排泄介助・入浴介助・口腔ケア・その他（　　　）・無 |  |  |
| 手指消毒 | 食事介助・排泄介助・入浴介助・口腔ケア・その他（　　　）・無 |  |  |
| 施設内の消毒 |
| ⑤健康観察 | バイタル測定の時間 |