

相 談 シ ー ト

送信日 令和 **5** 年 **5** 月 **12** 日

施設名	特別養護老人ホーム ほけんじょ
所在地	札幌市 中央 区 大通西19丁目 WEST19 3F
施設種別 (分類)	<input type="checkbox"/> 医療機関 (<input type="checkbox"/> 病院 ・ <input type="checkbox"/> 診療所) <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者施設 (特別養護老人ホーム) <input type="checkbox"/> 障がい者施設 () <input type="checkbox"/> その他 ()
職種・担当者名	職種 (施設長) 名前 (保健所 太郎)
電話番号	011-0000-△△△△
FAX	011-0000-▲▲▲▲
メールアドレス	0000@city.sapporo.jp
初発者情報 (陽性者がいるとき)	<input checked="" type="checkbox"/> 入居者・入院者 <input type="checkbox"/> 職員 (入居者・入院者との接触 <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> その他 () 発症日 (陽性判明日) : 令和 5 年 5 月 10 日
相談内容 (例 : ●月×日に発症・陽性となった場合、療養期間の目安はあるか?) 陽性者が利用するトイレが共用しかない場合の感染対策について相談したい。	

【送付先】 札幌市保健所医療対策室疫学調整担当課
メールアドレス sapporo_ekigaku@city.sapporo.jp

FAX 011-788-6832