

## 施設・医療機関の関係者が陽性になった場合の対応フロー

- 高齢者・障がい者通所、ショートステイのみの事業所
- 小規模多機能型居宅介護事業所
- 発達支援施設、児童デイサービス
- 就労支援事業所
- 訪問介護、訪問看護のみの事業所
- クリニック（訪問診療含む）

- 病院
- 透析クリニック
- 高齢者・障がい者入所施設
- 高齢者・障がい者グループホーム
- 上記を含む複合事業所

職員・利用者

職員

感染可能期間(症状が出た日(無症状の方は検査を行った日)の2日前から現在まで)の勤務実績

なし

### Aに該当

施設の皆様が自ら感染の可能性を別紙1を参考にチェックし、関係者へのご連絡をお願いします。

あり※1

入居者・患者

### Bに該当

別紙2をご覧になり、様式1発生状況報告シートをご提出ください。保健所から順次ご担当者様に疫学調査のためご連絡いたしますので、各種資料の準備と作成をお願いします。

自施設でリスク判定・検査等を行う場合は「自施設にて対応」に✓をしてください。その場合、対応終了後に最終結果を様式4でご報告いただくようお願いします。

※疫学調査の大まかな流れは別紙3「疫学調査の流れ」をご確認ください。

※1 入居者と接触がない業務(厨房・事務等)の場合、Aに該当といたします。

注 様式1発生状況報告シートは、医療機関が提出する発生届とは異なります。発生届はこれまでどおり別途提出をお願いします。