

高齢者・障がい者入所施設に対する予防的検査 確認票

所在市町村				
施設種別				
施設名				
郵便番号				
住所				
連絡先	電話			
	FAX			
	メールアドレス			
施設管理者等氏名	職		氏名	
担当者職氏名	職		氏名	
運営主体（法人名）				
職員ワクチン接種状況		1回目 令和3年 月 日～ 月 日 ・ 未定 2回目 令和3年 月 日～ 月 日 ・ 未定		
施設独自の予防的検査体制		必ずどちらかにチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 独自の検査体制がある場合、該当する項目にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 職員に対する定期的なPCR検査 <input type="checkbox"/> 県境をまたぐ移動等、感染リスクを伴う行動を行った職員への予防的検査 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
県の予防的検査申込		必ずどちらかにチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない		
希望方法	検査対象職員数	どちらかにチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 抗原定性検査 <input type="checkbox"/> 唾液によるPCR検査		
	<参考> R3.4.1現在職員数	人		
	医師との協力体制方法	検査内容を事前説明し了解いただいている医師にチェックを入れてください（予定の場合も含む）。 <input type="checkbox"/> 配置医、嘱託医 <input type="checkbox"/> 産業医、協力医療機関等の医師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

→ 申しない場合は理由を記入