

○ショートステイサービスご利用に関して

県外のご家族様が帰省され、ご利用者様とお過ごしの際には、以下の通り情報共有をお願い致します。問診票記載につきまして、**記載のご協力が頂けない場合、他利用者様の健康・安全確保、感染拡大防止のため、ご利用をお断り致します**ので、予めご了承くださいませよう、よろしくお願い申し上げます。

- ・帰省される、もしくは帰省された情報(期間や都道府県等)を事前に職員へお伝え下さい。
- ・サービス利用前に利用者様の健康状態(コロナ問診票 B 項目に該当する内容)を確認させて頂きます。利用日以前に、利用者様の体調異変が有る場合には、早急にショートステイサービスへご連絡ください。
- ・「新型コロナウイルス感染症に関する問診票」(添付書類)への記載を下記図のようにお願い致します。
- ・問診票の該当項目のうち、「有」にあたる際には事前にご連絡ください。
- ・新規ご利用の際は、「感染対策確認カレンダー」への記載(添付資料)をお願い致します。(利用前1週間の体調確認や、他介護保険サービス、病院受診の履歴等を記載)併せて、「新型コロナウイルス感染症に関する問診票」への記載をお願い致します。ご利用前に体調異変があった際は、事前連絡をお願い致します。
- ・緊急利用時の際は、過去2週間のご本人様及び同居家族様の市外移動歴、介護サービス利用歴、病院受診歴を確認後、「感染対策確認カレンダー」への記載を頂き、判断をさせて頂きます。
- ・ご家族様の市外出張等でショートステイサービスを利用される際は、当法人のデイサービスとの併用、またはショートステイサービス単独利用において、日数調整等受け入れ対応が変わりますので、事前のご連絡をお願い致します。(※佐世保市役所より、事業所複数利用について喚起有り)
- ・サービス利用中に発熱が確認(37.5度)された場合、利用途中で中止とさせて頂きます。ご家族様対応で医療機関の受診をお願い致します。

●利用者様宅へ帰省された家族様

帰省後翌日に1回、滞在が7日以上に及ぶ場合は1回目の問診票記載から7日後に、もう一度記載して頂きます。(以後7日経過毎記載、1ヶ月間)

記載項目のうち「有」にあたる際は、帰省された日の翌日から起算して、7日間のご本人様のショートステイサービスご利用はお控えください。

●利用者様を含む同居家族様

帰省された家族様の滞在日数が7日以内であった場合においても、帰省後翌日から起算して7日後時点で問診票に記載して頂きます。

1月の例 (該当項目「有」、滞在日数5日間の例)

| | 10(日) | 11(月) | 12(火) | 13(水) | 14(木) | 15(金) | 16(土) | 17(日) | 18(月) | 19(火) | 20(水) |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------|-------|-------|-------|-------------|
| 帰省家族様 | | | 帰省日 | 問診票記載 | | | 帰省終了(5日間) | | | | |
| 利用者様 | | | | 利用休止 | | | | | | | 利用再開(問診票記載) |
| 同居家族様 | | | | | | | | | | | 問診票記載 |

誠に恐縮ではございますが、感染蔓延防止対策として施行致しますことをご了承ください。

(2021.1.21 版)

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

2020.12.23 版

感染症対策強化のため、問診票を作成致しました。感染者や疑い者が発生した際にご連絡致しますので、当施設へお立ち入り頂く際には、下記事項について記載をして頂きますよう、ご理解ご協力の程よろしくお願い致します。

記載日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

ご利用者様・ご家族様 氏名： _____

ご 住 所： _____ 体温 _____ °C

*あてはまるものに○をしてください。

| A | 質 問 | | | | 回 答 | |
|---|-----|--|--|--|-----|---|
| | ① | 2週間以内に新型コロナウイルス感染者と一緒にいたことがありますか？ | | | 有 | 無 |
| | ② | 2週間以内に海外へ行きましたか？ | | | 有 | 無 |
| | ③ | 2週間以内に、「海外や長崎県以外に行ったあと、発熱と咳がでてきた人」と、一緒にいたことがありますか？ | | | 有 | 無 |
| | ④ | 2週間以内に50名以上が集まるイベントに参加しましたか？ | | | 有 | 無 |
| | ⑤ | 2週間以内に県内・県外によらず、いわゆる“3密”の機会がありましたか？ | | | 有 | 無 |

| | | | | | | | | |
|---|---|-------------|---|---|---|-----------|---|---|
| B | ① | 発熱 (37.5°C) | 有 | 無 | ⑦ | 強いだるさ | 有 | 無 |
| | ② | のどの痛み | 有 | 無 | ⑧ | 臭いがわかりにくい | 有 | 無 |
| | ③ | 鼻水 | 有 | 無 | ⑨ | 味がわかりにくい | 有 | 無 |
| | ④ | 咳 | 有 | 無 | ⑩ | 吐き気・嘔吐 | 有 | 無 |
| | ⑤ | たん | 有 | 無 | ⑪ | 下痢 | 有 | 無 |
| | ⑥ | 息苦しさ | 有 | 無 | | | 有 | 無 |

| | | | |
|---|--------------------------------------|--------------|-----|
| C | 2週間以内に、長崎県以外に行きましたか？ (今回の帰省を除きます) | はい | いいえ |
| | | 地名 (_____) | |

留意事項

* A・Bの項目に1つでも該当する場合は、帰省された日の翌日から起算して7日間以上のご本人様のサービスご利用はお控え下さい。

* 同居される方に上記内容が該当する場合は、予めお申し出下さい。

* 感染多発地域からお越しの際は、十分なご配慮、ご理解をお願いします。

* 当施設利用者様の命に関わることで、虚偽申請及び施設が定めるルールに違反が生じた場合は一切のご面会を禁止とさせていただきます。

* 本用紙は職員へお預け下さい。

特別養護老人ホーム あいのうら 0956-48-6001