＜回答様式＞

新型コロナウイルスの感染予防等に係る現地指導　意向調査票

|  |
| --- |
| 【回答先】鳥取県 長寿社会課 介護保険・施設担当　宛電子メール：choujyushakai@pref.tottori.lg.jpＦＡＸ：０８５７－２６－８１６８ |

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| 電子メール |  |

　令和２年７月　日

以下の施設について、現地指導を希望します。

１　施設概要

|  |  |
| --- | --- |
| 名称（施設種別） |  |
| 住所 |  |
| 定員 |  |
| 職員数 | 医師　名　看護職員　名　介護職員　名　※常勤換算 |

２　感染管理体制

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 感染対策委員会について | 構成員（職種） | （例）施設長、医師１人、看護職員１人、介護職員５人、栄養士１人 |
| 開催頻度 | （例）月に１回 |
| 指針・マニュアルの整備 | 通常時 | （例）高齢者介護施設における感染対策マニュアル改定版（2019年3月）を準用 |
| 新型コロナ関係 | （例）厚生労働省発出の事務連絡、老施協作成マニュアル等を活用 |

３　上記施設における新型コロナウイルス感染予防に関する課題、指導を希望するテーマ等

（１）課題

|  |
| --- |
|  |

（２）指導を希望するテーマ

|  |
| --- |
|  |