

## 新型コロナウイルス感染症在宅陽性者介護・医療連携共通シートのご案内

本シートは**在宅介護サービス**の利用者が新型コロナウイルスに感染した際に、事業者間ですばやく情報共有をできるように作成しました。

以下の図のように、陽性者情報を把握した事業所からケアマネジャーに情報共有をし、ケアマネジャーが陽性者の利用している事業所に情報共有を展開していく流れをイメージしています。

※最初に利用者の陽性情報を把握した事業所で陽性者が利用している事業所が他にわかっている場合、該当の事業所にも情報共有をしていただければと思います。

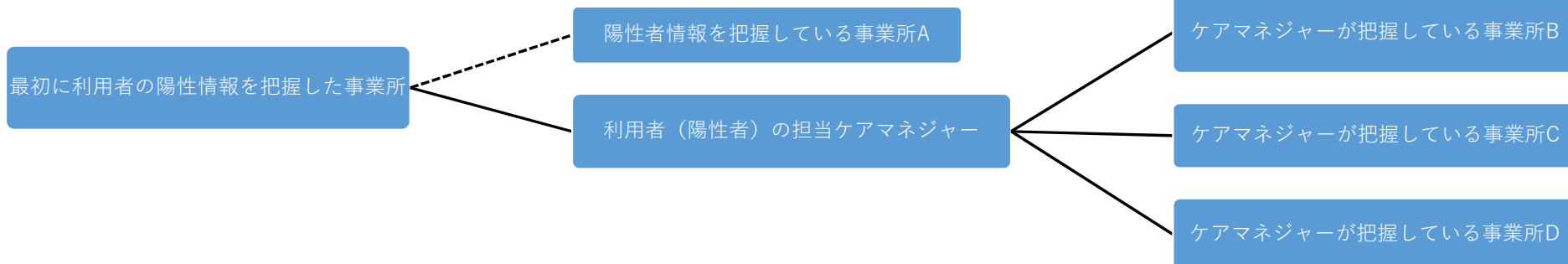
すばやく情報共有をすることを目的としていますので、シートの記入についてはわかる範囲でけっこうです。

本シート以外にも共有しておいたほうが良い情報、例えば週間予定等を別紙でつけるなどしていただくと、より効果的になるかと思えます。

また、本シートは介護保険課への報告用シートとしても利用できます。

本シートをぜひご活用いただければ幸いです。

把握している事業所があれば情報共有をする。  
原則、ケアマネジャーが把握している事業所に情報共有することを想定しています。



新型コロナウイルス感染症在宅陽性者介護・医療連携共通シート(案)

**送信元**

事業所名: \_\_\_\_\_ 担当者: \_\_\_\_\_  
 電話番号: \_\_\_\_\_ FAX番号: \_\_\_\_\_

**送信先**

- ① 事業所名: \_\_\_\_\_  
FAX番号: \_\_\_\_\_
- ② 事業所名: \_\_\_\_\_  
FAX番号: \_\_\_\_\_
- ③ 事業所名: \_\_\_\_\_  
FAX番号: \_\_\_\_\_
- ④ 事業所名: \_\_\_\_\_  
FAX番号: \_\_\_\_\_

陽性となった利用者の情報

カタカナ		要介護度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	生年月日	歳
利用者氏名			有の場合 <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)	年 月 日	
住所(居所)					
性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	被保険者番号			利用者状況 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居	
担当ケアマネジャー	事業所名称	氏名			
	電話番号:	FAX番号:			

療養期間について

発症日	陽性判明日

※陽性判明日＝陽性だとわかった日

発症日から	日付	症状		
		発熱	咳	その他状況
2日前				
1日前				
発症日				
1日後				
2日後				
3日後				
4日後				
5日後				
6日後				
7日後				
8日後				

その他連絡事項 ※かかりつけ医・同居者介護者の情報、陽性と診断した医療機関名等

■誤送付注意■ ■適宜マスクングをしてください■

送信日 令和5年 3月 1日

## 新型コロナウイルス感染症在宅陽性者介護・医療連携共通シート(案)

### 送信元

事業所名: 王子居宅介護支援事業所  
 電話番号: 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

担当者: 〇〇 〇〇  
 FAX番号: 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

### 送信先

① 事業所名: 飛鳥介護事業所  
 FAX番号: 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

② 事業所名: 赤羽介護事業所  
 FAX番号: 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

③ 事業所名: 滝野川介護事業所  
 FAX番号: 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

④ 事業所名: 北区介護事業所  
 FAX番号: 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

### 陽性となった利用者の情報

カタカナ	キタク タロウ	要介護度	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	生年月日	84 歳
利用者氏名	北区 太郎		有の場合 <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4) (5)	昭和	14年 2月 1日
住所(居所)	北区王子1-1-1				
性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	利用者状況	<input checked="" type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居
担当ケアマネジャー	事業所名称 王子居宅介護支援事業所			氏名 王子 大介	
	電話番号: 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 FAX番号: 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇				

### 療養期間について

発症日
2月27日

陽性判明日
2月28日

※陽性判明日＝陽性だとわかった日

発症日から	日付	症状		
		発熱	咳	その他状況
2日前	2月25日		なし	〇〇介護事業所を利用
1日前	2月26日		なし	〇〇訪問看護を利用
発症日	2月27日	38.5	あり	〇〇病院で診察
1日後	2月28日	38.5	あり	陽性判明
2日後	3月1日	38.5	あり	体調急変により救急搬送⇒入院
3日後	3月2日			
4日後	3月3日			
5日後	3月4日			
6日後	3月5日			
7日後	3月6日			
8日後	3月7日			

その他連絡事項 ※かかりつけ医・同居者介護者の情報、陽性と診断した医療機関名等  
 かかりつけ医: 〇〇病院 主治医: 〇〇先生  
 電話番号: 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇  
 FAX番号: 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇  
 独居だが、近くに介護者がいる。介護者: 〇〇 〇〇 住所: 北区王子2-2-2

2月28日 〇〇病院にて陽性判明

3月1日 体調急変により救急搬送、そのまま 〇〇病院へ入院中

※8日後＝療養解除日