

クラスター班派遣申込書【研修会・平常時の感染対策用】

申し込み

令和 年 月 日

施設名	連絡先 電話/FAX/e-mail 等	担当者名

希望する日時	① 月 日 () AM・PM : ~ : ② 月 日 () AM・PM : ~ : ③ 月 日 () AM・PM : ~ : ※可能な限り余裕を持った日時をご記入ください。 また、希望日時が未定の場合は、おおよその時期を記入してください。
指導を希望する施設について	施設名
	住所 / 電話
	※入所系福祉施設:連携体制を構築している医療機関名・嘱託医師名
対象者	職種と人数 ※入所系施設のみ:嘱託医等の同席 可・否
感染発生時に困った点	
希望する事項	<input type="checkbox"/> 現地での感染管理に係る指導 <input type="checkbox"/> 職員、入院患者・入所者に対する感染防御の指導 <input type="checkbox"/> 施設のゾーニング、動線確保 <input type="checkbox"/> 感染症対策に関する研修会 <input type="checkbox"/> その他(以下の欄へできるだけ具体的に記載してください) <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; height: 100px; width: 90%; margin: 10px auto;"></div>
その他連絡事項	

クラスター班派遣申込書【感染症発生時の対応用】

申し込み

令和 年 月 日

施設名	連絡先 電話/FAX/e-mail 等	担当者名

希望する 日時	①	月	日()	AM・PM	:	～	:
	②	月	日()	AM・PM	:	～	:
	③	月	日()	AM・PM	:	～	:
指導を希 望する施 設	施設名						
	住所 / 電話						
	※入所系福祉施設:連携体制を構築している医療機関名・嘱託医師名						
感染症の 発生状況	疾患名	インフルエンザA・B 新型コロナウイルス 感染性胃腸炎 その他()					
	初発患者	発症日: 月 日 診断日: 月 日 属性: 職員・入所者・デイ利用者・() 発症時の居室・担当フロア:()					
	患者数	施設全体の人数のうち、何名の患者がいますか。 職員 名中 名 発症 入所者 名中 名 発症 名中 名 発症					
	フロア・居室別の感染者の発生の順序など、発生状況の特徴で気づいたこと 記載してください。						
その他 連絡事項							

記載例

クラスター班派遣申込書【研修会・平常時の感染対策用】

申し込み

令和8年1月20日

施設名	連絡先 電話/FAX/e-mail 等	担当者名
〇〇〇〇	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 ▲▲@▲▲	〇〇〇〇

希望する日時	① 2月24日(月) AM・PM 1:30 ~ 3:30 ② 2月27日(金) AM・PM 10:00 ~ 12:00 ③ 3月4日(水) AM・PM 2:00 ~ 4:00 ※可能な限り余裕を持った日時をご記入ください。 また、希望日時が未定の場合は、おおよその時期を記入してください。
指導を希望する施設について	施設名 〇〇〇〇 住所 茨城県〇〇市〇〇… /電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 ※入所系福祉施設:連携体制を構築している医療機関名・嘱託医師名 〇〇病院 〇〇医師、▲▲クリニック ▲▲医師
対象者	職種と人数 看護師:〇人、■:〇人 ※入所系施設のみ:嘱託医等の同席 <input checked="" type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 否
感染発生時に困った点	〇〇〇〇～……。
希望する事項	<input checked="" type="checkbox"/> 現地での感染管理に係る指導 <input checked="" type="checkbox"/> 職員、入院患者・入所者に対する感染防御の指導 <input type="checkbox"/> 施設のゾーニング、動線確保 <input type="checkbox"/> 感染症対策に関する研修会 <input type="checkbox"/> その他(以下の欄へできるだけ具体的に記載してください) ・感染症発生時に使用する個人防護具の選び方、着脱・廃棄方法
その他連絡事項	

記載例

クラスター班派遣申込書【感染症発生時の対応用】

申し込み

令和8年1月 20 日

施設名	連絡先 電話/FAX/e-mail 等	担当者名
〇〇〇〇	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 ▲▲@▲▲	〇〇〇〇

希望する日時	① 2月 24 日(月) AM・PM 1:30 ~ 3:30 ② 2月 27 日(金) AM・PM 10:00 ~ 12:00 ③ 3月 4 日(水) AM・PM 2:00 ~ 4:00		
指導を希望する施設	施設名 〇〇〇〇		
	住所 茨城県〇〇市〇〇… /電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
	※入所系福祉施設:連携体制を構築している医療機関名・嘱託医師名 〇〇病院 〇〇医師、▲▲クリニック ▲▲医師		
感染症の発生状況	疾患名	インフルエンザA・B <u>新型コロナウイルス</u> 感染性胃腸炎 その他()	
	初発患者	発症日:1月 15 日 診断日:1月 16 日 属性: 職員・ <u>入所者</u> ・デイ利用者・() 発症時の居室・担当フロア:(〇〇〇〇)	
	患者数	施設全体の人数のうち、何名の患者がいますか。 職員 30 名中 5 名 発症 入所者 25 名中 10 名 発症 名中 名 発症	
	フロア・居室別の感染者の発生の順序など、発生状況の特徴で気づいたことを記載してください。 ・〇〇〇〇～。 ・▲▲▲▲～。 ・□□□□～。		
その他連絡事項			