

都道府県名及び衛生主管部局名

担当：

電話番号：

		総検査実施施設数 (単位：施設)	総検査実施件数(単 位：件)	総陽性件数(単位： 件)
第1回 (期間：1/1-1/7) 1月12日報告締切	合計			
	別 施 の 設 内 区 数 分	うち医療機関		
		うち高齢者施設		
		うち障害者施設		
		うち保育所等		
	その他()			
第2回 (期間：1/8-1/14) 1月19日報告締切	合計			
	別 施 の 設 内 区 数 分	うち医療機関		
		うち高齢者施設		
		うち障害者施設		
		うち保育所等		
	その他()			
第3回 (期間：1/15-1/21) 1月26日報告締切	合計			
	別 施 の 設 内 区 数 分	うち医療機関		
		うち高齢者施設		
		うち障害者施設		
		うち保育所等		
	その他()			
第4回 (期間：1/22-1/28) 2月2日報告締切	合計			
	別 施 の 設 内 区 数 分	うち医療機関		
		うち高齢者施設		
		うち障害者施設		
		うち保育所等		
	その他()			

※1 具体的な対象施設は次のとおりです。

- ・ 医療機関：病院、診療所
- ・ 高齢者施設：介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、
認知症対応型共同生活介護、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、
サービス付き高齢者向け住宅、短期入所生活介護に係る施設、
小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護に係る施設等
(その他の通所系サービスや訪問系サービス等を行う施設も含めてください)
- ・ 障害者施設：障害者支援施設、共同生活援助、重度障害者等包括支援(共同生活援助を提供する場合に
限る)、福祉ホーム、障害児入所施設、短期入所に係る施設等
(その他の通所系サービスや訪問系サービス等を行う施設も含めてください)
- ・ 保育所等：ワクチン接種の対象とならない12歳未満の児童に係る施設(小学校、保育所等)

※2 上記の医療機関、高齢者施設、障害者施設、保育所等のいずれにも該当しない施設に対して検査を行った場合には、その他欄の()内に当該施設の種別を記載してください。

※3 施設併設の短期入所の事業所等であって、従事者等が本体施設と兼務しているような事業所で本体施設と一体で集中的検査を受けると考えられる施設については、本体施設のみを計画対象施設に計上してください。併設の事業所が本体施設とは別に集中的検査の申込みを行い、集中的検査を受ける場合は、この限りではありません。

※4 様式を変更・加工しないでください。

※5 当該期間において行われた検査の実績を記載してください(過去の実績を積み上げた数値(延べ数)を記載する必要はありません。)

※6 一の施設において当該期間に複数回の検査を実施した場合には、当該期間に実施した検査の実績を計上してください(例えば、一の施設において当該期間に2回検査を実施した場合には、「2」を計上してください)。

※7 行政検査ではなく地方単独事業等として実施する場合や、民間等において無償で提供される検査等を活用して高齢者施設等に対して検査を実施する場合、これらの実績も含めて報告してください。