クラスター発生時の看護師等派遣依頼書（情報確認シート）

記入例

依頼日：　令和2年9月10日	受付保健所名：　A 保健所
施設名：　〇〇施設　□□	名古屋市・中核市の場合 所管課名：
派遣看護師等募集時の施設名開示の可否 ☑可　□否	担当者名：　〇〇　△△ 連絡先：　XXXX-XX-XXXX

所在地

〒123-4567　愛知県〇〇市XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

施設区分

□医療機関　☑福祉施設（施設の種類：　〇〇施設　　）

施設の規模

・入院（入居）者数：　100人　　・職員数：　10人

施設担当者（極力、複数名ご記入ください）

・氏名：　□□　◇◇　　・電話番号：XXX-XX-XXXX

クラスター発生の状況（陽性者数、濃厚接触者数、陽性者の施設内療養の有無、職員の休業状況 等）

陽性者10人（入所者7人、職員3人）。入所者7人のうち4人は入院、3人は入院調整中。職員3人は自宅療養している。
濃厚接触者の職員3人（PCR検査陰性）は休業している。

派遣依頼内容

☑感染管理指導　☑勤務管理、業務改善　☑看護応援業務

看護師等派遣希望

（1）先遣活動　1）希望派遣期間（　すぐにでも　～　9月17日程度　）

（2）看護応援活動　1）希望派遣期間（　9月18日　～　10月2日　）

2）希望派遣人数　（　3　）人

3）勤務時間

・日勤（9:00 ～ 17:00 ）　・夜勤（　:　～　:　）

・その他（　:　～　:　）

ユニホーム

1）ユニホーム貸与　☑有　□無

2）ユニホーム洗濯　☑有　□無

派遣看護師用の駐車場の有無　☑有　□無

＜愛知県使用欄＞

派遣要否　□要　□否

意見：