

様式第1号別紙1(ア)④に該当する場合は提出してください。

一定の要件に該当する自費検査費用に係るチェックリスト

該当する項目にチェックしてください。

(1) 介護施設等において、以下のアからウまでのいずれかに該当する者がいること。
 ※該当するものにチェックしてください。

該当	要件
<input checked="" type="checkbox"/>	ア 濃厚接触者と同居する職員
<input type="checkbox"/>	イ 発熱等の症状（新型コロナウイルス感染症の症状として見られる発熱，呼吸器症状，頭痛，全身倦怠感などの症状を指す。）を呈するが保健所等により経過観察を指示された職員
<input type="checkbox"/>	ウ 面会後に，面会に来た家族が感染者又は濃厚接触者であることが判明した入所者
<input type="checkbox"/>	エ 上記アからウまでの要件に類似する入所者又は職員がいる場合（詳細を記入してください。） <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; background-color: #e0f0ff; margin-top: 5px;"></div>

(2) 介護施設等としては感染疑いがあると判断するが，保健所，受診・相談センター又は地域の医療機関の判断では行
 要件にも該当すること 全ての項目に該当することを確認して，チェックしてください。 れの
 ※該当することを確認して，チェックしてください。

<input checked="" type="checkbox"/>	ア 近隣自治体や近隣施設等で感染者が発生した場合，又は感染拡大地域における施設等であること。
<input checked="" type="checkbox"/>	イ 保健所，受診・相談センター又は地域の医療機関に行政検査としての検査を依頼したが対象にならないと判断された場合に，施設等の判断で実施した自費検査であること。

(3) 行政検査の対象とならなかった経緯について，以下に記載すること。

・同居する家族は濃厚接触者となったが，職員本人は行政検査の対象にならなかった。
 ・面会にきた家族が感染者であることが判明したが，マスクを着用しての短時間の対応だったため，検査対象とならなかった。
 など

※感染者が確認された場合には，その後の検査は行政検査で行われることから，本事業の対象とならない。