

		記載例	1	2	3	4	5	
基本情報	法人名	社会福祉法人〇〇会						
	施設名	〇〇苑						
	施設種別	認知症対応型共同生活介護						
	所在地	〇〇町〇〇						
	担当者名	〇〇 〇〇						
	連絡先	000-000-0000						
質問項目	1.入所者について	1-1.入所者数（65歳以上）※回答時点のもの	〇〇名					
		1-2.うち接種希望者数 ※回答時点の概数	〇〇名					
	2.希望する接種方法について（回答時点での予定）	集団接種（市の設置する特設会場で接種を受ける）	〇〇名					
		個別接種（自身で選択した医療機関で接種を受ける）	〇〇名					
		巡回接種（施設の医師等の訪問により施設内で接種を受ける）	〇〇名					
		その他（ ）	〇〇名					
	3.施設内での接種を希望する場合、接種に協力してくれる配置医、嘱託医、かかりつけ往診医、協力医等があるか。	①いる ②いない		①いる				
		①の場合	所在地（①市内又は②市外）	②市外				
			医療機関名	〇〇医院				
			担当医名	〇〇 〇〇				
		②の場合	市に医師の確保を、①希望する②希望しない					
	4.平時の予防接種（インフルエンザ等）の方法とその人数について	施設の医師による、施設内での接種		〇〇名				
		外部の医師による、施設内での接種		〇〇名				
		外部医療機関の受診による接種		〇〇名				
		入所者や家族に任せている		〇〇名				
その他（ ）		〇〇名						
5.従事者について	5-1.従事者数 ※回答時点のもの、非常勤含む		〇〇名					
	5-2.うち入所者と同時期の接種希望者数 ※回答時点の概数		〇〇名					