

●ユーザー管理

入力項目（「＊」は必須項目）	施設入力欄
施設名（事業所名）＊	
郵便番号＊	
住所（市町村）＊	
住所（町名以下）＊	
施設種類＊	
初回登録担当者名＊	
電話番号＊	
メールアドレス＊	

●施設情報

入力項目（「＊」は必須項目）	施設入力欄
法人格＊	
法人名＊	
施設長名	
電話番号（時間外可）	
メールアドレス2	
感染管理担当者（氏名）＊	
感染管理担当者（ふりがな）＊	
感染管理担当者（部署）＊	
感染管理担当者（職種）＊	
職種（その他）	
地域での役割＊	
連携保健所（複数選択）	
施設図面	

●福祉施設情報 その1

入力項目（「＊」は必須項目）	施設入力欄
事業所番号	
社会福祉施設の種類（大分類）	
社会福祉施設の種類（小分類）	
利用形態(複数選択)	
入所定員	
通所人数	
利用者の年齢層（複数選択）	
認知症者の有無	
障がいの種類(複数選択)	
入所室の形態(複数選択)	
個室数	
部屋の移動	
療養室数	
食事の提供	
給食の実施形態	
提供場所（集合or個室）	
職員数（看護職）※非常勤を含む	
職員数（看護職以外）※非常勤を含む	

裏面に続く

●福祉施設情報 その2

入力項目（「＊」は必須項目）	施設入力欄
嘱託医	
嘱託医の名称	
嘱託医の診療形態 (定期回診or訪問診療or外来受診orその他)	
嘱託医の診療形態（その他）	
看護師の配置	
看護師の勤務形態 (日勤（常勤）or日勤（非常勤）or夜勤（常勤）or夜勤（非常勤）)	
高齢者施設等感染対策向上加算（加算Ⅰ or加算Ⅱ orなし）	
提供可能な医療的ケア（複数選択）	
搬送車	
協定締結医療機関との連携	
連携している医療機関名	
連携している内容	
協力医療機関との連携	
連携している医療機関名	
連携している内容	
感染対策向上加算取得医療機関との連携	
連携している医療機関名	
連携している内容	

●人材情報

入力項目（「＊」は必須項目）	施設入力欄
氏名＊	
ふりがな＊	
メールアドレス	
主たる免許の種類	
主たる免許の種類がその他の場合に記入	
主たる免許の実務経験年数	
その他免許（医療・介護関係に限る）	
ICN資格 (感染症看護専門看護師or感染管理認定看護師or感染制御実践看護師)	
職位	
レベル	

●研修受講履歴

入力項目（「＊」は必須項目）	施設入力欄
研修開催日	
研修名	
実施主体	
研修開催日	
研修名	
実施主体	
研修内容	