

フォローアップ研修参加の際は  
必ず事前課題として提出する事

認定番号	
施設名	
氏名	

日時	実施した内容
(例)5/5 (月)	自施設感染対策研修会 (テーマ: 手指衛生「みんなで学ぼう! 正しい手洗い」)
(例)5/22(木)	自施設ラウンド (場所: 全トイレ・水道・入浴室、参加者 10名)
月	
月	
月	
月	
月	
月	
月	
月	
月	
月	
月	
月	

※行が足りない場合は随時追加してください

確認者サイン (※受講者は記載不要)

フォローアップ研修受講後  
1か月以内に必ず提出してください  
(参加だけでは加算となりません)

認定番号	
施設名	
氏名	

1 出席日時	令和 年 月 日 ( )
2 会場	
3 研修内容	
4 学んだこと	
MEMO	

※参加後 1 か月以内に提出する事

確認者サイン (※受講者は記載不要)

令和（ ）年度 【自施設・他施設開催】感染対策研修会実施記録

認定番号	
施設名	
氏名	

1 開催日時	令和 年 月 日 ( )						
2 会場							
3 研修会名							
4 研修内容	実技 あり (内容 ) ・ なし						
5 研修講師							
6 参加人数							
7 参加職種分類	看護師	名	介護士	名	施設長	名	
	医師	名	生活相談員	名	支援相談員	名	
	ケアマネージャー	名		名		名	
8 あなたの行った役割	(例) 開催の企画・進行等						
9 学んだこと							

※参加後 1 か月以内に提出する事

確認者サイン (※受講者は記載不要)

認定番号	
施設名	
氏名	

1 参加日時	令和 年 月 日 ( )
2 会場	( ) ・ zoom
3 研修会名	
4 研修内容	実技 あり (内容 ) ・ なし
5 研修講師	
6 学んだこと	
6 添付文書	<input type="checkbox"/> 受講証 <input type="checkbox"/> 参加証 <input type="checkbox"/> 参加決定通知 (メールでもよい) <input type="checkbox"/> 自施設復命書 <input type="checkbox"/> その他 ( )

※参加後1か月以内に提出する事

確認者サイン (※受講者は記載不要)

認定番号	
施設名	
氏名	

1 開催日時	令和 年 月 日 ( )					
2 会場						
3 カンファレンス相手は 加算連携施設である	そうである		そうでない		わからない	
4 外部施設名						
5 参加人数	自施設 名			他施設 名		
6 参加職種分類	看護師	名	介護士	名	施設長	名
	医師	名	生活相談員	名	支援相談員	名
	ケアマネー ジャー	名		名		名
7 あなたの行った 役割	(例) 開催の企画・進行等					
8 議題・内容						
10 次回の開催予定	開催日時					
	会場					
	議案					

**※開催後1か月以内に提出する事**

確認者サイン (※受講者は記載不要)

認定番号	
施設名	
氏名	

1 開催日時	令和 年 月 日 ( )					
2 ラウンド会場施設						
3 感染対策向上加算連携の外部施設か	そうである			そうでない		
4 外部施設名						
5 自施設 参加職種分類	看護師	名	介護士	名	施設長	名
	医師	名	生活相談員	名	支援相談員	名
	ケアマネージャー	名		名		名
6 外部施設 参加職種分類	看護師	名	介護士	名	施設長	名
	医師	名	生活相談員	名	支援相談員	名
	ケアマネージャー	名		名		名
7 ラウンドを行った箇所	(例) トイレ・浴室等					
8 ラウンドの指摘点と改善点						
10 次回の開催予定	開催日時					
	会場					

**※開催後1か月以内に提出する事**

確認者サイン (※受講者は記載不要)

令和（ ）年度

外部専門家による施設ラウンド記録

様式7

認定番号	
施設名	
氏名	

1 開催日時	令和 年 月 日 ( ) : ~ :					
2 ラウンド会場施設						
3 感染対策向上加算連携 に外部施設か	そうである			そうでない		
4 外部専門家施設名						
5 外部専門家 職名				氏名		
6 自施設 参加職種分類	看護師	名	介護士	名	施設長	名
	医師	名	生活相談員	名	支援相談員	名
	ケアマネー ジャー	名		名		名
7 ラウンドを 行った箇所	(例) トイレ・浴室等					
8 ラウンドの 指摘点や課題 その他						
9 次回の開催予定	開催日時					

※8についてはラウンド結果資料添付でもよい

※開催後1か月以内に提出する事

確認者サイン (※受講者は記載不要)

認定番号	
施設名	
氏名	

1 開催日時	令和 年 月 日 ( ) : ~ :					
2 ラウンド施設						
3 参加職種分類	看護師	名	介護士	名	施設長	名
	医師	名	生活相談員	名	支援相談員	名
	ケアマネージャー	名		名		名
4 ラウンドを行った箇所	(例) トイレ・浴室等					
5 指摘点・課題 (部署・改善箇所・今後の改善点)						
6 フィードバック方法 (具体的に：どこで、誰に、どのように)						
7 次回の開催予定	開催日時					

※ 2回/年実施することで年間10点取得できるものとする

※ 参加後 1 か月以内に提出する事

確認者サイン (※受講者は記載不要)

手指衛生サーベイランスを選択の際は  
専用フォームに入力が必要であるため  
まず健康危機管理課に問い合わせを  
してください

認定番号	
施設名	
氏名	

1 実施期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
2 使用している アルコール手指 消毒剤		
3 データ収集方法	払出量 ・ 使用量 ・ 直接観察法	
4 結果	(例) 1利用者当たり ○○ml、1利用者当たり ○○回	
5 指摘点・課題 (今後の目標値・改善 点・重点的に行う具体 策)		
6 フィードバック方法 (具体的に：どこで、誰 に、どのように)		
7 次回の開催予定	開催日時	

確認者サイン (※受講者は記載不要)