

回答用紙 **FAX 03-6907-1825** (送信先日本ダウン症協会)

アンケート記入者についてお答えください(当てはまる番号を○で囲んでください)

1. 知的障害のある方、その養護に関わっている方で、新型コロナウイルスに感染した事がある方、感染が疑われた方 → 設問1にお進みください。
2. 当事者ではないが1の事例をご存じの方 → 設問1にお進みください。
3. 上記以外の方 ⇒ 設問12にお進みください。

設問1-1 回答	(都道府県名)
設問1-2	事例の概略について
回答	(○で囲む) 1 2 3 4 5 (記述)
設問2-1	障害のあるご本人の状況について 障害名をお知らせください
回答	
設問2-2	その方の意思疎通の状況
回答	(○で囲む) 1 2 3 4 (記述)
設問2-3	その方の入院・療養への耐性について
回答	(○で囲む) 1 2 3 4 (記述)
設問2-4	その方の感染症についての理解
回答	(○で囲む) 1 2 3 4 (記述)
設問3	どなたの事例ですか？
回答	(○で囲む) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (記述)
設問4	感染(または感染が疑われた)経路について(当てはまる番号を○で囲んでください)
回答	1. 陽性判明者の濃厚接触者として →設問5へ 2. クラスタ発生箇所の利用者として →設問5へ 3. 人の症状出現により →設問6へ 4. 上記以外の方は、その他に簡単に状況を記入の後、設問6へ 5. その他:
設問5	陽性判明者またはクラスター関連者と本人の生活状況について
回答	(○で囲む) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

	(記述)
設問6	感染が疑われた時点での症状について
回答	(○で囲む) 1 2 3 4 5 6 7 (記述)
設問7	抗原検査の結果
回答	(○で囲む) 1 2 3 4 (記述)
設問8	PCR検査の結果
回答	(○で囲む) 1 2 3 4 (記述)
設問9	検査受診時に生じた困難についてお知らせください。
回答	
設問10	検査結果判明までの過ごし方とその際に生じた困難についてお知らせください
回答	
設問11-1	検査結果が陽性であった場合にのみお答えください。どのような症状の推移があり、どのような医療対応がなされましたか。
回答	
設問11-2	検査結果が陽性であった場合にのみお答えください。本人ならびに家族等の方たちが感じた物理面(生活上)の困難にはどんなものがありましたか。
回答	

設問 11-3	検査結果が陽性であった場合にのみお答えください。本人ならびに家族等の方たちが感じた心理面の不安・困難にはどんなものがありましたか。
回答	
設問 11-4	検査結果が陽性であった場合にのみお答えください。陽性が判明した時点でどこで過ごされましたか。
回答	(○で囲む) 1 2 3 4 5 (記述)
設問 12-1	ワクチン接種について
回答	(○で囲む) 1 2 3 (記述)
設問 12-2	ワクチン接種について、疑問や心配なことがありましたらお書きください。
回答	
設問 13	障害児者とその家族等にとって、感染症対策で必要と考えられるサポートは何ですか。
回答	
設問 14	あなたの地域の良い取り組みや 良い情報があればお書きください。
回答	

1. ご記入者の氏名(任意)

2. Eメール(任意)

3.電話番号(任意)

ご回答ありがとうございました。

送信先日本ダウン症協会

FAX 03-6907-1825