

神福高第 1618 号
令和 2 年 10 月 23 日

特別養護老人ホーム 施設長 様
介護付き有料老人ホーム 施設長 様

神戸市福祉局 高齢福祉課長
介護保険課長

特別養護老人ホーム及び介護付き有料老人ホームにおける
PCR検査の実施に関するアンケートについて(ご依頼)

平素は、本市の高齢福祉行政の推進にご尽力いただき、厚くお礼申し上げます。

令和 2 年 10 月 23 日の事務連絡（社会福祉施設等における新型コロナウイルス感染症対策 PCR 検査の実施について（通知））のとおり、特別養護老人ホーム及び介護付き有料老人ホームの直接処遇職員に対して、定期的な PCR 検査を順次実施していくことといたします。

つきましては、前回のアンケートでご意向を確認したところではございますが、具体的な運用等が決まりましたので、改めてアンケートをさせていただきたいと存じます。

業務等ご多忙の中、恐れ入りますが、検査の流れ等を十分にご確認の上、ご回答いただきますようご協力をよろしくお願いいたします。

記

1 アンケート対象施設

特別養護老人ホーム、介護付き有料老人ホーム

【注意事項】

※検査実施にあたっては、各施設にご協力いただく運用とさせていただきます。別紙 3 の PCR 検査の実施にかかる注意事項（予定）、別冊検査準備手順書（予定）を十分にご確認のうえ、希望の有無をご回答ください。（神戸市ケアネットからもご確認いただけます。）

※今回の調査は、PCR 検査の実施を希望する直接処遇職員に関するものです。

※今回の調査結果をもとに、日程調整、割振りをしますので、正確にご記入ください。

※検査需要の状況により、施設ごとに指定した検査日を急遽変更いただく可能性があることをあらかじめご承知おきください。

2 回答方法（別添添付文書を熟読の上ご回答ください。）

神戸市の HP 上で、アンケートに回答いただく WEB 調査（全施設実施の希望の有無にかかわらず、フォームに沿って回答を入力ください）

以下のアドレスにアクセスし回答いただくようお願いいたします。（神戸市ケアネットからもご確認いただけます。）

<https://www.city.kobe.lg.jp/a39067/kenko/fukushi/carenet/tsuchi/questionnaire.html>

3 回答期日

11 月 6 日（金）

※回答期限に回答のない時は、検査出来ない場合がありますのでご注意ください。

4 検査受付開始日

11 月下旬を予定

※各施設の検査受付日は、市から 11 月中旬に連絡予定

5 その他

別紙 1「特別養護老人ホーム、介護付き有料老人ホーム、障害児・者入所施設に対する PCR 検査事業に関するお願い」について貴施設の嘱託医へお知らせください。

神戸市福祉局高齢福祉課 TEL：322-5219
介護保険課 TEL：322-6228

〔検査準備手順などについて健康局予防衛生課（検査班） TEL：322-5292〕

別紙 1

令和 2 年 10 月 23 日

施設嘱託医 様

神戸市健康局保健所
福 祉 局

特別養護老人ホーム、介護付き有料老人ホーム、障害児・者入所施設に
対する PCR 検査事業に関するお願い

平素は、本市保健福祉行政の推進にご尽力いただき、厚く御礼申し上げます。

現在、神戸市では、インフルエンザ流行期を踏まえ、新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から、希望のあった特別養護老人ホーム、介護付き有料老人ホーム、障害児・者入所施設の直接処遇職員に対して、PCR 検査を実施いたします（別紙 2「介護・障害入所施設の職員に対して PCR 検査の実施について」参照）。

本事業を円滑に実施するにあたって、状況によっては先生方に施設職員の健康管理や施設へのご指導、また保健所からご協力をお願いする場合もあるかと思いますが、その際には可能な範囲でのご協力をよろしくお願いいたします。

神戸市健康局保健所 TEL: 322-6306

介護・障害入所施設の職員への PCR 検査の実施について

神戸市ではこのたび、新型コロナウイルス感染拡大防止のため、介護・障害入所施設の職員に対して PCR 検査を実施することとなりました。

●検査の概要

対象者：特別養護老人ホーム、介護付き有料老人ホーム、障害児・者入所施設の直接介護等を行う職員

※ 検査は施設ごとに実施の意向を調整の上行います。

スケジュール： 10月23日 : 公表。施設長あて実施の通知等。
10月下旬～11月中旬 : 検査実施の受付、検査実施の割当の調整等
11月下旬 : 検体回収及び検査の開始

検査方法：唾液採取による PCR 検査

※検体採取時は医療従事者(医師又は看護師)の立会いが必要となります。

※検査の検体は施設ごとに神戸市が指定する場所へ一括で提出

日時：月曜日から水曜日（祝日・祝前日を除く）

※市が指定（1施設1日のみ）のうえ、連絡します。

費用：施設および個人の負担はありません。

●検査結果

(1) 陰性の場合

保健所より施設責任者へ連絡しますので、受検者個人には施設責任者から連絡していただきます。

(2) 陽性の場合

感染症法に基づき、就業制限及び入院勧告を行います。（感染症指定医療機関等または宿泊療養施設へ入院・入所していただきます。）また、施設については、保健所が積極的疫学検査を実施し、濃厚接触者については、就業の自粛を求めます。

以上

[PCR 検査の実施にかかる注意事項] (予定)

1. 検査の概要

- 検査対象者：直接処遇職員
検査方法：唾液採取による PCR 検査
検査日時：月曜日から水曜日（祝日・祝前日を除く）
※市が指定（1 施設 1 日のみ）のうえ、後日連絡します。
費用：施設および個人の負担はありません。

2. 検査実施について

- ・検査手順は別冊検査準備手順書を確認してください。
- ・検体容器の事前受け取り、検査準備（名簿・ラベルシール・検査依頼票の準備を含む）、検体採取、検体搬送を各施設で対応いただきます。
- ・検体採取にあたっては施設側の同意（誓約）書（別紙 4）と検査対象者全員の同意書（別紙 5）を提出してください。
- ・検体採取時には、医療従事者（医師又は看護師）の立ち会いが必要です。
- ・検査の検体は、施設ごとに一括で提出してください。

3. 検査結果について

(1) 陰性の場合

- ・検査結果は早ければ翌日に、一括して施設宛に電話連絡いたします。
※検査結果については、“陰性”の場合は保健所より、貴施設責任者へご連絡させていただきますので、ご本人への連絡をお願いします。

(2) 検査結果が陽性の場合（重要）

- ・検査の結果が“陽性”の従業員は、感染症法※1に基づき、就業制限及び入院勧告を行います。（感染症指定医療機関等または宿泊療養施設へ入院・入所していただきます。）また、施設については、保健所が積極的疫学調査を実施し、濃厚接触者については就業の自粛を求めますので、予め職員の応援体制等も検討してください。
- ・クラスターが発生した時など感染拡大防止に必要と考える場合は、施設名を公表する場合があります。

裏面
検査採取キットの
受け取り～検査結果まで

予定

検査採取キットの受取り～検査結果まで 別冊「検査準備手順書」参照

●検査の3～5日前

検体採取キット等の受け取り

受取場所：中央区役所 8 階

受取時間：月曜日～金曜日の 10 時～11 時半

配布内容：検体採取キット・アルコール綿・回収用小袋・小袋を入れる大きな袋
クーラーBOX・保冷剤（保冷剤は凍らせて使用してください）
ラベルシール・検査依頼票・施設側の同意（誓約）書・検査対象者の同意書

連絡先：078-232-4411（内線 486・電話交換手に内線番号をお伝えください）

●～検査前日

検体採取キットの配布及び受付名簿の作成

- ・検査対象職員の名簿（任意様式）
- ・ラベルシール
- ・検査依頼票の作成
- ・検体採取キットの配布（ラベルシール貼付）
- ・施設側の同意（誓約）書の記載
- ・検査対象者の同意書の記載及び収集

●検査当日

検体の採取・保管・受付場所への搬入

検査当日に検体を採取し、搬送いただくことが必要です。

※シフトの関係により前もって検体を採取することは可能ですが以下の保存方法により行ってください。検体の保存は、検査機関到達時刻（午後 3 時予定）まで以下の時間内をお願いします。

【専用の冷蔵庫で冷蔵保存する場合】48 時間

【保冷ボックス（保冷剤有り）の場合】8 時間

（保冷ボックスのみで検体を保存する場合は提出日当日の午前 7 時以降に採取する必要があります）

検体採取・保管：別冊「検査準備手順書」を参考に各施設で採取及び保管してください。

検体の搬入：採取後は、お渡ししている保冷バックに入れて、下記にご持参ください。遅れた場合は検査できません。

搬送方法：公共交通機関・タクシーを利用せずに業務車両を使用してください。

提出場所：中央区役所 8 階（業務用エレベーターを使用願います。）

※勤労会館等近隣の駐車場のご利用をお願いします。

（駐車料金は負担願います。）

提出時間：月曜日～水曜日（祝日・祝前日を除く）の 11 時半～13 時半

※後日、神戸市から連絡いたします。

提出物：①クーラーBOX（検体）②検査依頼票③検査対象職員の名簿④施設側の同意（誓約）書⑤検査対象者全員の同意書⑥保冷剤

連絡先：078-232 - 4411（内線 486・電話交換手に内線番号をお伝えください）

●検査翌日以降

検査結果の送付

・早ければ翌日に、全職員分の結果を一括して施設責任者に保健所より電話連絡いたしますので、ご本人への連絡をお願いします。

・“陽性”の場合は保健所より、電話にて直接ご本人にのみ連絡します。

令和2年 10 月 23 日

神戸市保健所



施設責任者 様へ

新型コロナウイルス検査(PCR検査)実施にかかる同意(誓約)書(施設用)

この度、新型コロナウイルスの感染の有無について確認するために、直接処遇職員(以下、職員)に唾液を用いたPCR検査を実施します。下記の事項を読んでいただき、検査実施について誓約および同意される場合に検査を受けていただきます。誓約および同意されない場合は、検査は実施いたしません。

記

<職員への説明について>

- ① 検査を受けることについて職員へ十分に説明していただき、検査実施の同意を職員へ確認してください。
- ② 当日、発熱等の風邪の症状がある場合は、今回の検査ではなく、医療機関を受診してください。

<検査等について>

- ① 当日、職員自身で専用の容器に唾液を採取していただきます。
- ② 検査結果については、“陰性”の場合は下記責任者・連絡先へご連絡させていただきますので、ご本人への連絡をお願いします。“陽性”の場合は保健所より、電話にてご本人へ連絡します。
- ③ 検査の結果が“陽性”の従業員は、感染症法※1に基づき、就業制限および入院勧告を行います。(感染症指定医療機関等または宿泊療養施設へ入院・入所していただきます。)
- また、施設については、保健所が積極的疫学調査を実施し、濃厚接触者については就業の自粛を求めますので、予め職員の応援体制等も検討してください。

※1 感染症法:「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」

- ④ クラスターが発生した時など感染拡大防止に必要と考える場合は、施設名を公表する場合があります。
- <感染防止策への取り組み>
- ケアネット掲載の神戸市からの通知文「介護保険事業に伴う新型コロナウイルス感染拡大防止対策等の徹底について(お願い)」(4/28 通知・9/24 更新)に基づく感染防止策に取り組んでください。
- <個人情報の保護>
- 私は、今般の新型コロナウイルス検査(PCR)を当施設の職員及び利用者に受検していただくにあたり、当該検査対象者の新型コロナウイルス検査に関する結果等一切の個人情報について、第三者に漏洩しないことを誓約します。

○上記の説明を読んで、PCR検査実施にあたり

上記事項に

同意(誓約)します

・

同意(誓約)しません

令和2年 月 日

施設名・法人名
責任者名(自署)

(連絡先)

<お問い合わせ先>

検査に関して:神戸市予防衛生課(検査班) 電話:078-322-5292
(平日 8 時 45 分~12 時、13 時~17 時 30 分)



受検者の皆様へ

神戸市保健所

新型コロナウイルス検査 (PCR検査) 実施にかかる同意書 (受検者用)

この度、貴施設様の希望により、新型コロナウイルスの感染の有無について確認するために、唾液を用いたPCR検査を実施します。下記の事項を読んでいただき、同意される場合に検査を受けていただきます。同意されない場合は、検査は実施いたしません。

記

<検査について>

- ① 当日、ご自身で専用の容器に唾液を採取していただきます。
- ② 当日、発熱等の風邪の症状がある場合は、今回の検査ではなく、医療機関を受診してください。
- ③ 検査の結果、陰性の場合は施設よりご連絡させていただきます。
ただし“陽性”の場合は保健所より、電話にて本人へ連絡しますので、連絡先を下記にご記入ください。
陽性の場合は、受検者本人から責任者 (施設長など) へ報告してください。

電話番号 ① _____ ② _____

住 所 _____

検査の結果が“陽性”の場合は、感染症法※1に基づき、就業制限および入院勧告を行います。
(感染症指定医療機関等または宿泊療養施設へ入院・入所していただきます。)

※1 感染症法:「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」
また、保健所が本人に聞き取り調査を行います。

- ④ 検査後に、発熱等の風邪の症状が出た場合は、かかりつけ医やお近くの医療機関へご相談ください。

○上記の説明を読んで、PCR検査実施にあたり

上記事項に 同意します ・ 同意しません

令和2年 月 日

検査対象者名 (自署) _____

<お問い合わせ先>

検査に関して:神戸市予防衛生課 (検査班) 電話:078-322-5292

(平日 8 時 45 分~12 時、13 時~17 時 30 分)

予定

検査準備手順書

<目 次>

○ 介護・障害入所施設職員の PCR 検査に関する準備と手順	1
○ 受検者名簿の準備と検査依頼票の作成方法	2
○ スピッツへのラベル貼付方法	3
○ 検体（唾液）の採取と回収	4
○ 唾液の取り方.....	7

〔別冊〕

介護・障害入所施設職員のPCR検査に関する準備と手順

【検査を受ける前に】

- ・PCR検査実施の「同意（誓約）書（施設分、受検者本人分）」を記載してください。
- ・【手順3】検体（唾液）の採取と回収は、医療従事者（医師又は看護師）の立会いの下で実施してください。

【手順1】

- ・P2受検者名簿の準備と依頼票の作成方法を参照し、受検者名簿（別添様式）、ラベルシール、検査依頼票（4枚複写）の準備をお願いします。

【手順2】

- ・P3スピッツへのラベル貼付方法を参照し、検体採取容器（スピッツ）にラベルシール（手順1で作成）を貼付してください。

【手順3】検体（唾液）の採取と回収

- ・P4～P7検体（唾液）の採取と回収、P8唾液の取り方を参照し、医療従事者の立会いの下で実施してください。

【手順4】検体の保管

- ・保冷剤とともに保冷ボックスに入れ、指定された日時に回収場所へ持参してください。（保冷剤の効果持続は約8時間です。）
- ・検体の保存は以下の時間内をお願いします。
[専用の冷蔵庫で冷蔵保存する場合] 48時間（食物などと同じ冷蔵庫は避けてください）
[保冷ボックス（保冷剤有り）の場合] 8時間

★重要：提出前に、施設で再度確認してください★

- ① 提出する検体数（スピッツ数）と、検査依頼票の件数が一致しているか
- ② スピッツに貼付したラベル（番号・氏名）と、検査依頼票（番号・氏名）が一致するか

【回収会場では、ボックスは開封せず、そのまま受け取ります。①②に誤りがあると正しく検査ができませんので、提出前に必ず確認してください】

【手順5】検体の提出

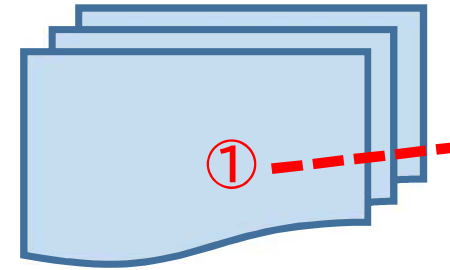
- ・保冷剤を保冷ボックスに入れたまま、提出してください（回収会場で開封しないでください）。
- ・輸送の際は、公共交通機関・タクシーを利用せず業務用車両を使用してください。
- ・あわせて以下の書類も提出してください。無い場合受付できません。
 - (i) PCR検査実施の同意（誓約）書（施設分、受検者全員分）
 - (ii) 受検者名簿（別添）
 - (iii) 検査依頼票（【手順1】で作成したもの）

【結果について】

- ・早ければ、提出日の翌日以降に、陰性の受検者については貴施設（責任者）に保健所より電話で連絡します。陽性の場合、受検者本人にのみ保健所より電話で連絡します。

【手順1:事前準備①】 受検者名簿の準備と検査依頼票の作成方法

【受検者名簿】
(施設側の独自のものが可)



① 受検者名の記載

受検者の氏名を
・【ラベルシール】と
・【検査依頼票】
に対応するように記載する。
※フルネーム。カタカナ可
※複写式のため強めに記載してください

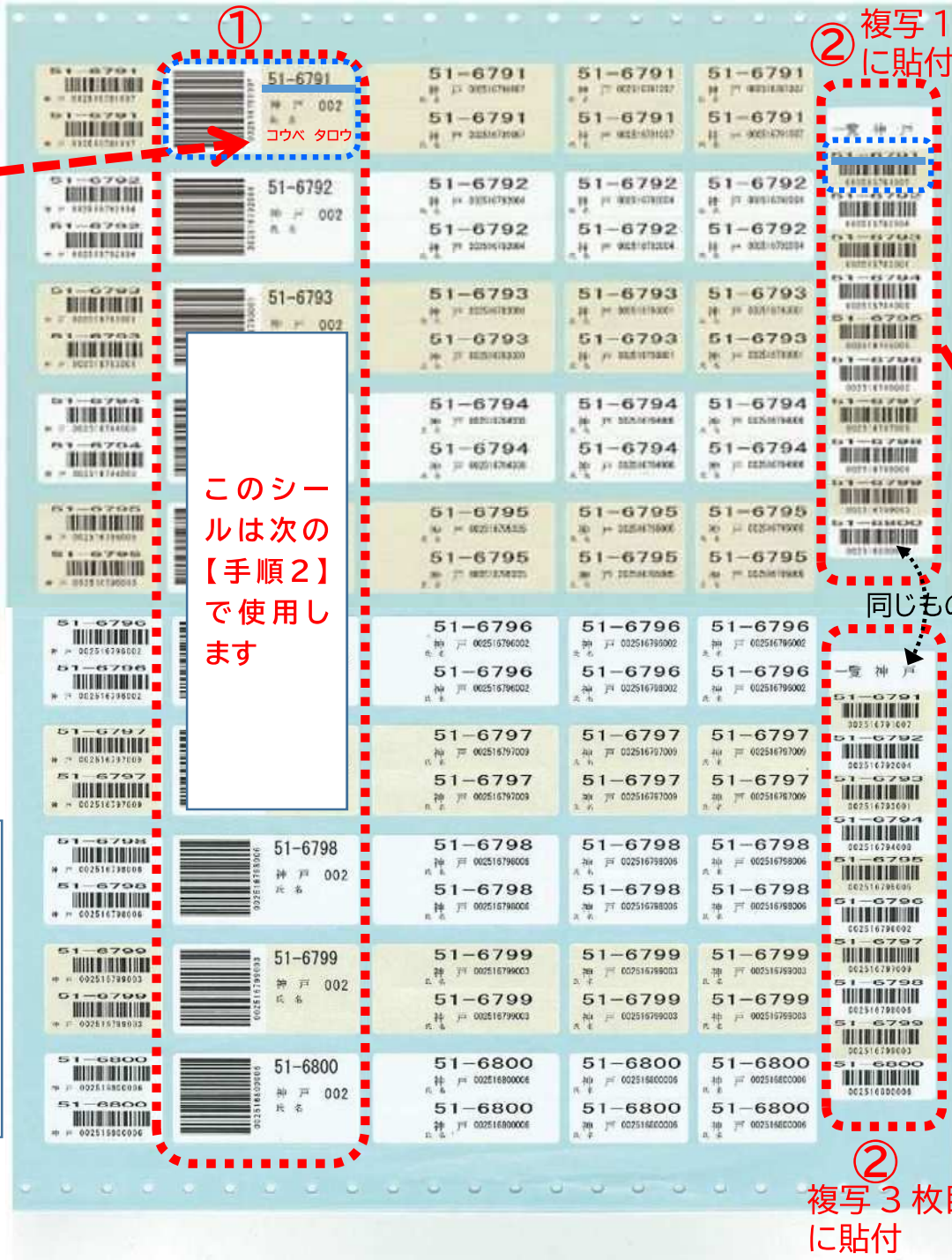
② 検査依頼票にラベルシールを貼付

検査依頼書の1枚目と3枚目に必要数のラベルシールを貼付する。
(2枚目と4枚目は不要)

③最後に必ず確認してください(※重要)

【ラベルシールの番号・氏名】と【検査依頼票に添付したシールの番号・記載の氏名】が対になっていることを確認してください。

【ラベルシール】1シートに10件分ラベルがあります



このシールは次の【手順2】で使用します

② 複写1枚目に貼付

同じものです

② 複写3枚目に貼付

【検査依頼票】4枚の複写式

No	氏名	科名	カルテ他	性別	生年月日	検査日	検査時間
1	コウバ タロウ			男			
2				男			
3				男			
4				男			
5				男			
6				男			
7				男			
8				男			
9				男			
10				男			

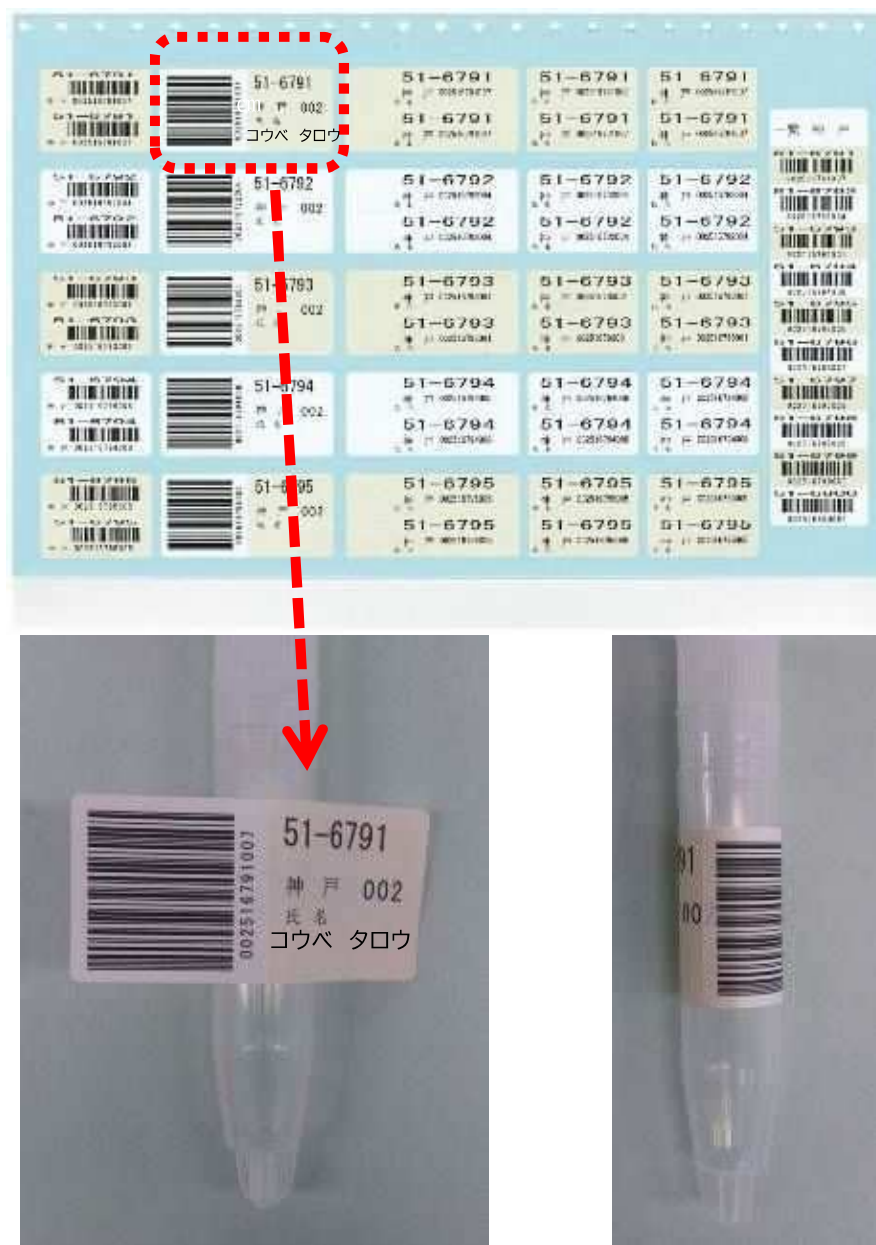
この欄に、施設名を記載してください。

② 貼付

①の氏名を記載する

【手順2:事前準備②】 スピッツへのラベル貼付方法

手順1で名前を記載したラベルを次の様に、スピッツに貼り付けてください。



(重要)バーコードが隠れないように貼り付けて下さい

受検者氏名等の情報は一部隠れても問題ありません。

【手順3】 検体(唾液)の採取と回収

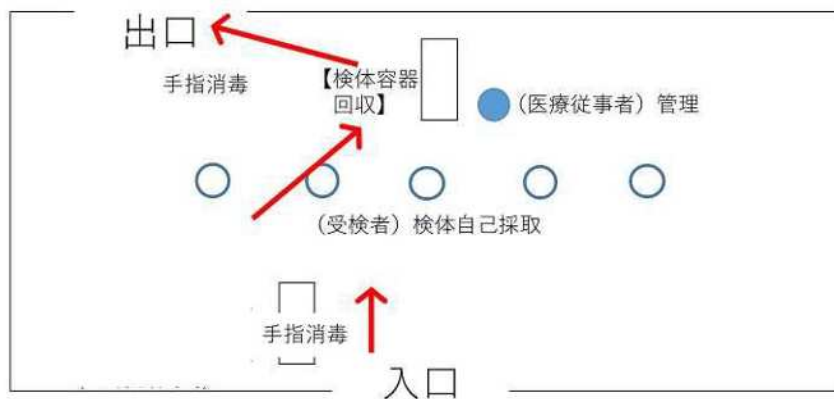
はじめに

- 唾液による検体採取は、医療従事者（医師又は看護師）の立会いの下、受検者自身が採取し行います。
- 唾液の採取は、受検者自身がコットンを口に含んで唾液を染み込ませたものを滅菌チューブに入れる方法で実施します。
- 飲食や歯磨き、うがい直後の唾液採取はウイルスの検出に影響を与える可能性がありますので、避けてください。目安として、飲食等の後、歯磨きを行った後、最低 10 分以上、できれば 30 分ほど空けることが望ましいです。
- 受検者自身による唾液採取時に採取容器の外側が汚染する可能性があるため、容器外側の適切な消毒を行ってください（以下に方法を記載しています）。
- 医療従事者は、感染防護のため、サージカルマスク、手袋、（必要に応じてガウン）を着用の上、検査を実施してください。

（1）会場等の準備

【会場を設け複数人が同時に採取する場合】

- ・入り口から出口までの導線を可能な限り一方向にしてください。
 - ・会場内は窓を開放する等、換気を確保してください。
 - ・対象者が並ぶ場合は、密集しないように間隔を開けてください。
- （会場を設ける場合のイメージ）



〈検査準備〉

【お渡ししている物品】

- ・採取容器（スピッツ）
- ・アルコール綿（スピッツ拭い用）
- ・回収用小袋
- ・小袋を入れる大きな袋
- ・クーラーボックスと保冷剤（保冷剤は当初は常温です。凍らせて使用して下さい）

【施設でご用意いただくもの】

- ・使い捨て手袋 ※管理する医療従事者及び補助者用
- ・サージカルマスク ※管理する医療従事者及び補助者用
- ・（必要に応じてガウン） ※管理する医療従事者及び補助者用
- ・消毒用アルコール（手指消毒用 ※受検者用（入口・出口に各1））
- ・消毒用アルコール（スピッツの2次消毒用）
- ・（必要に応じて）ブルーシート（床面に唾液付着の可能性がある場合、唾液採取時に椅子下に敷く等）
- ・紙コップ（スピッツ受取用）
- ・ゴミ袋（使用済みアルコール綿、着用した手袋等を入れる袋）

（2）受付

- ①検温をする（37.5 度以上の熱があれば今回の検査ではなく医療機関への受診をお勧めしております）。
- ②受検者に、アルコールで手指消毒をしてもらう。
- ③検体採取容器（スピッツ）、アルコール綿を本人に渡す。

（3）採取 〈P8 唾液の取り方参照〉

※ 医療従事者の立会いの下で行う。

- ・採取方法の流れを説明しながら、各自で唾液を採取してもらう。
 - ① 容器（スピッツ）のキャップを外し、キャップにコットンを入れる。
 - ② キャップの中のコットンを直接口に入れる。
 - ③ 3分間口に含む（飲み込まないように口の中で転がして唾液を含ませる）。
 - ④ 口から直接、キャップに戻す。
 - ⑤ コットンを落とさないように内部ホルダーに移し、しっかりとキャップを閉める。

※ 説明の際に、特に注意をしておく事項

- ・コットンを直接手で触らない（キャップを口元付近に持ち、コットンを直接口に出し入れする。）。
- ・キャップを開ける際、キャップを上側にして開けた勢いでコットンが落ちないようにする。
- ・回収前に、キャップをしっかりとしめる（外側容器にもしっかりとめ込む。）。

(4) 回収

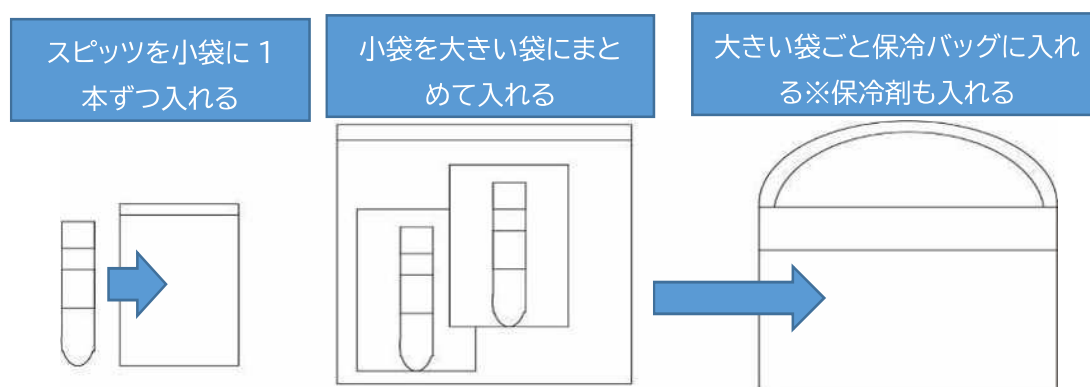
※ 医療従事者の立会いの下で行う。

- 1次消毒：アルコール綿を対象者に配布して、自分でスピッツを拭わせる。
- 2次消毒：医療従事者又は補助者が、使い捨て手袋を着用の上、1次消毒後のスピッツを受け取り、周囲をアルコール綿で拭う。

※可能であれば、直接手で受け取らず、紙のコップなどの廃棄可能なものに置いてもらい回収し、2次消毒する。

- 回収用小袋に入れて密封する（キャップがしっかりしまっているか確認する。）。
- 回収用小袋に入れたスピッツを大きい袋に入れる。
スピッツ<小袋<大きい袋と三重にし、さらにクーラーボックスに入れる。

※クーラーボックスでの保存は8時間以内



(5) 回収後

※ 医療従事者の立会いの下で行う。

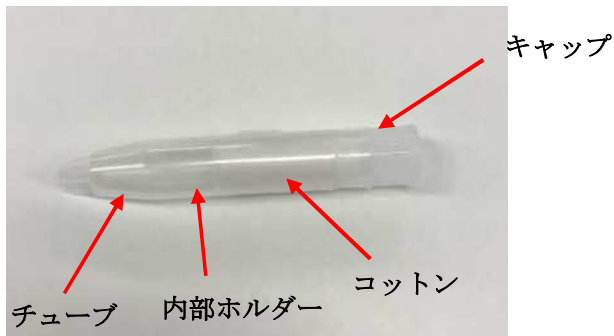
- 検査終了後、退出時に受検者に再度アルコールで手指消毒を行うよう促す。
- すべて検体回収が終わったら、部屋内の使用した備品等をアルコールで消毒する。
- 拭った後のアルコール綿や使い捨て手袋等は感染症廃棄物として処理する。

唾液の取り方(調整中)

●はじめに

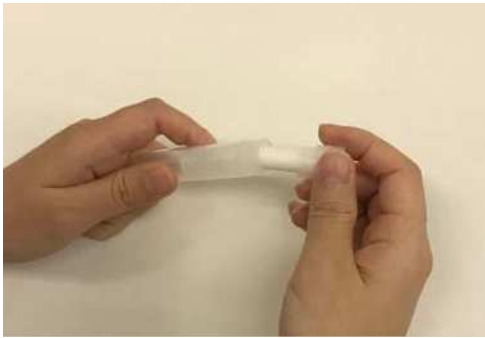
飲食等の後、歯磨きを行った後、最低 10 分以上、できれば 30 分ほど空けてから検査を実施して下さい。

●検体採取キット (スピッツ) 各種名称



●取り方

①キャップを外す。キャップにコットンを入れます。 ※キャップにコットンを入れているイメージ

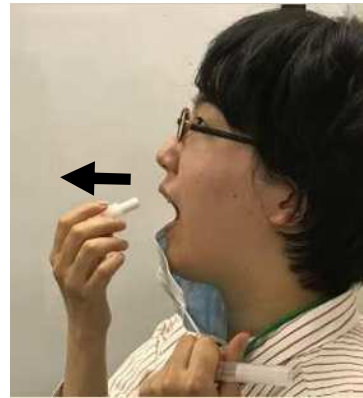


②コットンを口に含み 3分間嚙まずに待ちます。

③コットンを口からキャップに戻します。



ポイント！！
口の中で転がして
唾液を含ませる。



④コットンを落とさないように内部ホルダーに移し、しっかりとキャップを閉めます。



最後に、自分でアルコール綿で
容器全体を拭き、(1次消毒) 回
収用小袋に入れます。

PCR検査 受検者名簿

【施設】 施設名 _____

【施設】 提出日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【施設】 名簿枚数: _____ 1 枚目 / _____ 枚中

※【施設】は各施設が記入してください、【保健所】は保健所が使用

番号	【施設】氏名	【施設】フリガナ	【施設】性別	【施設】生年月日	【施設】同意書チェック	【施設】検体チェック	【保健所】結果チェック
1			男 ・ 女	M・T・S・H・R 月 日生	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2			男 ・ 女	M・T・S・H・R 月 日生	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3			男 ・ 女	M・T・S・H・R 月 日生	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4			男 ・ 女	M・T・S・H・R 月 日生	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5			男 ・ 女	M・T・S・H・R 月 日生	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6			男 ・ 女	M・T・S・H・R 月 日生	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7			男 ・ 女	M・T・S・H・R 月 日生	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8			男 ・ 女	M・T・S・H・R 月 日生	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9			男 ・ 女	M・T・S・H・R 月 日生	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10			男 ・ 女	M・T・S・H・R 月 日生	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>