

施設情報	施設名	
	所在地	
初発情報	初回報告日(年月日)	
	初発者属性(看護、介護、清掃職員等)	
	初発者発症日(年月日)	
	初発者氏名	
	初発者生年月日	
対応情報	陽性者発生状況	年 月 日時点 計 名
	陽性者内訳	職員 名 入居者 名
	死亡者数	
	入院者数	
	発症者分布(発症者数/入居者数)	階 職員 名/ 名 入居者 名/ 名
		階 職員 名/ 名 入居者 名/ 名
	対応終了日(年月日)	
	濃厚接触者の対応(職員)	
	濃厚接触者の対応(入居者)	
	その他の体調不良者(有の場合はその状況)	
	検査予定(検査結果)	
	担当者	
連絡先		
連絡用メールアドレス		
FAX		
その他	相談事項	

○本シートは、相談事項がある場合、対応終了の際等に提出してください。

○相談事項有の場合は、保健所の医師・看護師に確認します。