報告シート（入院患者用）

今後の対応方針について、下記のいずれかに☑をお願いします

☑ 自院対応（検査、リスク判定等を自院で実施する。）

☐ 上記以外（通常対応（保健所介入）を含む）

＊自院対応に☑を入れた場合、都度の報告は不要ですが、対応終了の際は様式４にてご報告ください。

＊ご報告いただいた方とリンクのない陽性者が、別な病棟等で発生した場合は、別件として改めてご報告ください。

施設情報	施設名	
	所在地	
	施設種別	
	施設規模（職員数、病床数）	
	併設事業所の有無 →ありの場合は職員の交差状況	あり（種別：　　）　　なし
陽性者情報	陽性者氏名（フリガナ）	
	生年月日	
	住所	
	入院フロア →フロア人数も	
	陽性者の入院部屋の状況 →個室、相部屋	
	基礎疾患の有無	
	発症日 →前後の様子も	
	検体採取日（検査日）・検査方法 →PCR、IDNOW、抗原キット等	
対応情報	現在の隔離状況→PPEの着用状況	
	濃厚接触者の対応	
	その他の体調不良者	
	施設担当者	
	連絡先電話番号	
	連絡用メールアドレス FAX	

報告日　令和　　年　月　　日　　：　頃