

報告シート（病院職員用）

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	
	施設の規模（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	
	業種（看護、介護、リハ等）	
	最終勤務日 →どこでどのような勤務か →兼務はあるか	
	発症日 →前後の様子も	
	発症日の2日前～最終勤務日までの勤務状況	
	検体採取日（検査日）・検査方法 →PCR、IDNOW、抗原キット等	
対応情報	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	
	連絡先メールアドレス FAX	

報告日 令和 年 月 日 : 頃