報告シート（施設入居者用）

いずれかに必ず☑をお願いします。

☐自施設にて対応

→相談事項があれば、最下段に記入願います。対応が終了した際は、様式４にてご報告をお願いします。
　場合によりご連絡することがあります。

→陽性となった入居者の健康観察は、従前どおり、入院調整班から連絡が入ります。

☐保健所介入(リスク判定、検査調整等)を希望する　　→フローAに該当する場合等、対応外となることがあります。

施設情報	施設名		
	所在地		
	施設種別		
	施設規模（職員数、入居者数）		
	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(年齢)		
	入居フロア →フロア人数も		
	陽性者の入居部屋の状況 →個室、相部屋		
	基礎疾患の有無、透析の有無		
	ワクチン接種回数(最終接種年月)		
	発症日 →前後の様子		
	感染ルート(推定) →該当のものに✓	☐	施設内（　　）
		☐	施設外（　　）
		☐	不明
	受診医療機関名/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		
	濃厚接触者への対応		
	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		
相談内容			

報告日　令和　　年　月　　日　　：　頃