

報告シート（施設職員用）

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。

→今後入居者が陽性となった場合は、入院調整班(633-0732)まで連絡してください。入院調整班にて健康観察を実施します。

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、対応外となる場合があります。

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			
陽性者情報	陽性者氏名（フリガナ）			
	生年月日(年齢)			
	居住地(市内・市外)	市内		
		市外		
	業種(看護、介護、リハ等)			
	妊娠の有無・透析の有無			
	最終勤務日			
	<small>→どこでどのような勤務か →兼務はあるか</small>			
	発症日			
	→前後の様子			
情報	感染ルート	施設内（	）	
	→推定で構いませんので、該当のものに✓ ()内に詳細	施設外（	）	
		不明		
発症日の2日前～最終勤務日までの勤務状況				
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	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