

施設情報	病院名	
	所在地	
	施設規模（職員数、病床数）	職員 名 病床数 床
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 入院患者 名
	死亡者数	名
	中等症Ⅱ以上(酸素投与を要した)患者数	名
	転院者数	名
	発症者分布(発症者数/入院患者数・在籍数)	病棟 職員 名/ 名 入院患者 名/ 名
		病棟 職員 名/ 名 入院患者 名/ 名
	対応終了日(年月日)	
	感染経路について→把握している範囲で	
	濃厚接触者の有無	有・無
	有の場合は、職員、患者別の人数	職員 名、入院患者 名、退院患者 名
	濃厚接触者の対応（職員）	
	濃厚接触者の対応（患者）	
	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）	
	病院担当者	
連絡先		
連絡用メールアドレス		
FAX		
その他	相談事項 有() 無	

○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。