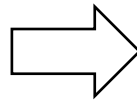


新型コロナウイルス感染者（疑い） 報告書

居宅・包括



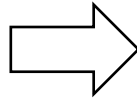
主治医・事業所

| | | | | | | | |
|----------------------------|-------------|----------|----------|--------------|-------------------|----|-------|
| 発信日 | 令和 年 月 日 曜日 | | | | | | |
| 発信事業所名 | | | | | | | |
| TEL/FAX | TEL | | / | | FAX | | |
| 担当者 | | | 役職名 | | | | |
| 報告種別 (○を付ける) | 感染者 | | 感染が疑われる者 | | | | |
| 発熱などの症状 が発生した日時 | 令和 | 2 年 | 月 | 日 | 曜日 時 分 | | |
| 感染者 感染が疑われる 者の 情報 | 氏名 | | 生年 月日 | T 年 月 日 S | ※ 同性同名が ある場合のみ | | |
| | 症状 | 発熱 | あり・なし | せき | あり・なし | たん | あり・なし |
| | | 味覚障害 | あり・なし | 倦怠感 | あり・なし | 頭痛 | あり・なし |
| | | その他 | | | | | |
| サービスが予定されていた事業所一覧 | | | | | | | |
| 事業所名 | | 最終利用予定日時 | | | 備考 | | |
| | | 年 | 月 | 日 時 分 | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

※報告内容については、取扱いに十分注意の上、サービス事業所での感染拡大予防についてのみ活用される様に最大限の注意をお願い致します。

新型コロナウイルス濃厚接触者（疑い） 報告書

居宅・包括



主治医・事業所

| | | | | | | | |
|--|-------------|----------|----------------------|----------|--------------|-------------------|-------|
| 発信日 | 令和 年 月 日 曜日 | | | | | | |
| 発信事業所名 | | | | | | | |
| TEL/FAX | TEL | | / FAX | | | | |
| 担当者 | | | 役職名 | | | | |
| 報告種別 (○を付ける) | 濃厚接触者 | | 感染が疑われる者との濃厚接触が疑われる者 | | | | |
| 感染者（疑い）者 との濃厚接触日時 | 令和 | 2 年 | 月 | 日 | 曜日 時 分 | | |
| 濃厚接触者 感染が疑われる者 との濃厚接触が疑 われる者 の情報 | 氏名 | | | 生年 月日 | T 年 月 日 S | ※ 同性同名が ある場合のみ | |
| | 症状 | 発熱 | あり・なし | せき | あり・なし | たん | あり・なし |
| | | 味覚障害 | あり・なし | 倦怠感 | あり・なし | 頭痛 | あり・なし |
| | | その他 | | | | | |
| サービスが予定されていた事業所一覧 | | | | | | | |
| 事業所名 | | 最終利用予定日時 | | | 備考 | | |
| | | 年 | 月 | 日 時 分 | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

※報告内容については、取扱いに十分注意の上、サービス事業所での感染拡大予防についてのみ活用される様に最大限の注意をお願い致します。