【 様式 】

施設・事業所　⇒　施設・事業所の県又は市町の所管課

保健所

新型コロナウイルス感染症陽性者の発生報告（初回報告用）

　　　 　　　　　　　　　　　　　　　 令和　　年 月　　　日　　時　　分

新型コロナウイルス感染症陽性者が次のとおり発生したので、報告します。

１ 施設の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設種別 |  | 報告者  職・氏名 |  |
| 施設名 |  | 電話番号 |  |
| 所在地 |  | メール |  |

２ 発生状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | | 実人数 | 陽性者数 | 陽性者の症状 | 備考 |
| 入所者 | | 人 | 人 | 軽　症：　　　人  無症状：　　　人  その他：　　　人 |  |
| ※再掲 |  | 人 | 人 |  |
|  | 人 | 人 |  |
|  | 人 | 人 |  |
| 職員 | | 人 | 人 |  |  |
| **合計** | | 人 | 人 |  |  |

※再掲には、フロアやユニットごとの人数を記載

３ 嘱託医又は協力医療機関：　無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）

４ その他（連絡事項）

|  |
| --- |
| 職員又は入所者のいずれか１人でも陽性となった場合は、**保健所及び貴施設・事業所の所管課にご一報**ください。報告を受けた保健所等から感染状況を確認しますので、以下をご準備ください。   1. 施設見取り図 2. 入所者名簿（名前、生年月日、住所、現在の症状）、部屋割り 3. 職員名簿（名前、生年月日、住所、出勤状況、現在の症状） |