【 様式１ 】R5.5改訂

**施設・事業所　⇒　施設・事業所の（県又は市町）所管課　⇒　県所管課**

**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 |
|  | 入院 | 施設内療養 |
| 入所者 | 人 | 人 | 人 | 人 | 軽　症：　 人無症状：　 人その他：　 人 |  |
| ※再掲 |  | 人 | 人 | 人 | 人 |  |
|  | 人 | 人 | 人 | 人 |  |
|  | 人 | 人 | 人 | 人 |  |
| 職員 | 人 | 人 |  |  | 陽性職員の内、発症（無症状の場合は検査日）の2日前から勤務がない人数　　　　　　　　　　　　　　　　　　 人 |
| **合計** | 人 | 人 | 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（医療機関名　　　　　　　　　　　　　　 　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 ↳ 往診:　可　・　不可

※入所者が抗原キット等で陽性になった場合は、速やかに嘱託医等の診断を受け、適切な治療につなげてください。

コロナ治療薬の処方： 可　・　不可

４ その他（連絡事項）

|  |
| --- |
| 入所者が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施設調査票　　②施設見取り図　　③入所者名簿（名前、生年月日、住所、健康管理票）　　　④部屋割り、食事の配席図　　⑤職員名簿（名前、生年月日、住所、現在の症状）、出勤表 |