集団発生時名簿

施設名

報告日　令和　　年　　月　　日

感染症名　新型コロナウイルス感染症

お願い：①「施設における患者発生状況報告票」に②本名簿と③「集団発生時対応確認表（新型コロナウイルス感染症）」を添付し、保健所へ報告してください。
①と③については、初回報告のみで結構です。②の名簿の初回以降の報告間隔はこちらから連絡します。

No.	利用者（入居者）			職員	性別	発症日	診断日	検査方法/疑い（抗原、PCR/疑い）	入院の有無（入院した場合はその日にち）	死亡の有無（死亡した場合はその日にち）	備考
	部屋番号	フロア・ユニット名	イニシャルまたは氏名	職種							
例	210	はるな	高崎　太郎		男	4月3日		疑い	4月5日		PCR陰性
例		2階・3階	M・U	介護士	女	4月5日	4月6日	PCR			最終出勤日：4月4日
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											