

新型コロナウイルス感染症 罹患者・判定検査受診予定者等発生報告書

入居企業情報		企業名:				電話番号(外線):			
		報告者名:				報告者メールアドレス:			
対象者(罹患者・判定検査受診予定者)		入居階数:	棟		階				
属性情報		対象者性別:	男性 ・ 女性						
状況等	感染の疑いが生じた経緯・状況	発生日:	年	月	日	曜日			
		発熱状況:	(°C)		その他症状:				
		最終出勤日:	年	月	日	曜日			
	対象者が当ビルを通行・利用したルート・エリアの情報	入居フロア共用部に関する情報:							
		利用エレベーターに関する情報:							
		その他滞在エリアに関する情報:							
	医療機関等受診状況 (医師診断判定)	受診日:	年	月	日	曜日			
		医療機関名:				/	医師診断判定 (
判定検査受診状況	検査予定日:	年	月	日	曜日				
	判定検査名:	PCR ・ 抗原検査			その他(
	判定予定日:	年	月	日	曜日				
	判定状況:	判定結果前 ・ 判定結果 (陰性 ・ 陽性)							
現時点(報告時)における対象者状況	入院加療中・入院待機中・自宅療養中・自宅待機中・その他()								
事務所(専有部)消毒状況	実施:	済 ・ 予定 (あり・なし)			消毒業者名:				
	実施(予定)日:	年	月	日	曜日				
保健所に関する情報	連絡日:	年	月	日	曜日				
	保健所名:								
	指示事項:								
今後の見通し	入社予定日:	年	月	日	曜日				
	その他:								

(注記)

- ① 記載可能な範囲でご記入ください。
- ② ご記入いただいた内容に個人情報が含まれる場合は、法令に基づき適切に管理いたします。
- ③ 本書式は、判定検査受診予定者・罹患者等1名につき1枚使用してください。
- ④ 本書式は、当ビルに勤務する従業員が罹患した場合もしくは罹患の疑いがある場合にご提出ください。

※ビル側使用欄

記録	受付状況	受付日時:	年	月	日	曜日	
		受付担当:					
		受付方法:	FAX	電話	メール	その他()	