**新型コロナウイルス感染症疑い例　確認票**

|  |  |
| --- | --- |
| 確認日時 | 令和２年　　月　　日（　）　　　時　　分 |
| 県事務所等名 |  |
| 担当者名 |  |
| 担当者連絡先 | （夜間・休日の場合） |

|  |  |
| --- | --- |
| 対象施設名 |  |
| 運営法人名 |  |
| 所　在　地 |  |
| 施設種別 |  |
| 定　　　員 | 人 | 職員数 | 人 |
| 施設担当者 | （職氏名） |
| 連絡先（TEL） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| １．疑い例の対象者 | （利用者・職員、その性別及び年代） |
| ２．疑い例の内容 | （疑い例となった経緯、施設として確認した状況、対象者の健康状態　等） |
| ３．ＰＣＲ検査の結果判明時期 |  |
| ４．疑い例の利用者・職員の施設利用・出勤状況 | （最終利用日・出勤日、利用日・出勤日の活動状況　等） |
| ５．他の利用者・職員の健康状態 |  |
| ６．当面の施設の対応方針 | （施設の臨時休業、職員の自宅待機　等） |
| ７．保健所との情報共有状況 |  |
| ８．市町村との情報共有状況 |  |
| ９．その他留意事項 | （その他影響の可能性がある関連施設　等） |

※第１報として、わかる範囲で聞き取りを行い、報告願います。