新型コロナウイルス感染症イベントベースサーベイランス実施事業

**イベント発生報告書（検査申し込み書）**

　滋賀県EBS検査総合窓口　あて

|  |  |
| --- | --- |
| 報告日 | 月　　　日 |
| 施設名 |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 | －　　　　　－　　　 |
| 担当者名 |  |

1. 検査基準を超えたユニットまたはフロアの状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者数 | 職員数 | 風邪様症状者の人数 | フロア名またはユニット名（あれば） |
| 人 | 人 | 人 |  |

1. 有症状者の具体的な症状および期間等（検査基準を超えたユニットまたはフロア内のみ）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 利用者職員の別 | 具体的な症状 | 期間（いつから） | 医療機関の受診の有無 | 受診結果（PCR検査の実施の有無等） |
| 1 | 利用者・職員 |  |  | 有　・　無 |  |
| 2 | 利用者・職員 |  |  | 有　・　無 |  |
| 3 | 利用者・職員 |  |  | 有　・　無 |  |
| 4 | 利用者・職員 |  |  | 有　・　無 |  |
| 5 | 利用者・職員 |  |  | 有　・　無 |  |
| 6 | 利用者・職員 |  |  | 有　・　無 |  |
| 7 | 利用者・職員 |  |  | 有　・　無 |  |
| 8 | 利用者・職員 |  |  | 有　・　無 |  |

３．その他備考欄