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

様式２（高齢者施設・障者施設用）

**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 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 施設名 |  |
| 住所 | 〒 |  |
| 施設分類 | 高齢者施設　・　障害者施設 |
| 連絡先 | －　　　　　－　　　 |
| 担当者名 |  |

1. 検査を希望する動機（いずれかに○を記入してください）
	* 風邪様症状者の普段と異なる増加を確認したため

※「普段と異なる」の考え方は検査基準（参考指標）等をご確認下さい。

* + 普段と変わりないが、風邪様症状者が1人以上発生したため
	+ 陽性者が発生したため　（　保健所から受検するよう指示を受けたか：　有り　・　無し　　）
	+ その他（具体：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※陽性者が発生した場合、保健所の指示を待つことなく申し込み可能ですが、保健所からの指示で受検される場合は、保健所からの受検の指示「有り」に○を記入してください。

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 | 陽性者の人数 | フロア名またはユニット名（あれば） |
| 人 | 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 |  |

４．その他備考欄