FAX送信票

新型コロナウイルス感染者等情報提供書兼通知書

１．報告年月日　　　　　　　年　　月　　日

２．施設名／施設種別

３．報告者

４．発生日　　　　　　　　年　　　月　　　日

５．感染者数　　　　　　　人　（内訳：職員　　　　人　・　利用者　　　　人）

６．感染症の種類　□新型コロナウイルス　　□疥癬

□その他：結核など（　　　　　　　　　　　　　　　）

７．感染者住所

町名（例：大磯町大磯／二宮町二宮）までご記載ください。）

８．感染者年齢（年代）

９．経過（陽性者の経過・陽性判明後の感染対策・施設休止の有無　等）

□　別紙のとおり

10．他事業者等へ情報を通知することに関する同意

　感染症の拡大およびまん延の防止のため本件情報を貴施設周辺の高齢者施設及び医療機関（中郡医師会会員）へ情報を通知することについて

　　　　　　　□同意する　　　　　□同意しない

* この情報は、感染拡大の防止を図るため、感染者発生施設より、上記の同意をいただいた場合に関係施設等へ情報をお知らせさせていただいております。

この情報は、施設内のみで共有していただき、部外へ漏らすことのないよう、お取扱いにつきましてご注意願います。

≪送信先≫

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　中郡在宅医療・介護連携支援センター

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（中郡医師会事務局内）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：0463-71-5473

FAX：0463-72-5590