

(別紙様式)

新種のコロナウイルスによる感染症に関する連絡票

健康福祉センター（保健所） 所長 様

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名

従事する病院・診療所の名称

上記病院・診療所の所在地(※)

電話番号(※) () -

(※)病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載

1 当該者氏名	2 性別	3 生年月日	4 診断時の年齢(0歳は月齢)
	男・女	年 月 日	歳 (月)
5 当該者住所			電話 () -
6 当該者所在地			電話 () -
7 保護者氏名	8 保護者住所 (7、8は患者が未成年の場合のみ記入)		
	電話 () -		

9 症 状	該当するものに✓を入れてください。
	<input type="checkbox"/> 38度以上の発熱 <input type="checkbox"/> 咳を伴う急性呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 入院治療が必要 (入院日 月 日) <input type="checkbox"/> 下気道病変の疑いがある (臨床的または放射線学的に肺浸潤の証拠がある。) その他 ()
10 渡居 航住 、 状 況	該当するものに✓を入れてください。
	<input type="checkbox"/> 平成24年6月1日以降にサウジアラビアに渡航または居住 (月 日 ~ 月 日) <input type="checkbox"/> 平成24年6月1日以降にカタールに渡航または居住 (月 日 ~ 月 日)

※新種のコロナウイルス以外の感染症によることまたは他の病因が明らかな場合は連絡不要です。