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事業

様式２

**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 | －　　　　　－　　　 |
| E-mail |  |
| 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）
	1. 陽性者が発生したため
	2. 前回受検時に陽性者が複数確認され、範囲を広げて検査を実施するため
	3. その他（具体：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
2. 保健所から受検するよう指示を受けたか

（　　有り　・　無し　　）

※検査基準に該当する場合、保健所の指示が無くとも受検可能ですが、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. 検査基準に該当するフロア、ユニットまたはクラスの状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者数 | 職員数 | 該当フロア等における現時点の陽性者数 | フロア等の名称 |
| 人 | 人 | 人 |  |

1. 該当フロア等の職員および利用者等と陽性患者との接触状況

|  |
| --- |
|  |

５．その他備考欄

|  |
| --- |
|  |