

PCR 検査対象者報告書

令和 年 月 日

| | |
|---------|--|
| 氏名 | |
| 所属 | |
| 連絡先電話番号 | |

| | |
|-------------------------------|---|
| PCR 検査対象 である理由 (該当理由に○) | 1. 新型コロナウイルス感染症を強く疑う疫学情報がある 2. 発熱や風邪症状がある 3. 新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触歴 4. 流行地域への渡航歴や流行地域への渡航歴のある者との濃厚接触歴 5. その他_____ |
| 保健所等の連絡 (ある場合) | 連絡先機関名： 連 絡 日： |
| 保健所等からの 指示内容(ある場合) | |
| 医療機関への受診 (ある場合) | 受診の理由： 医療機関名： 受診した日： |
| 医師等の診断所見・ 指示等(ある場合) | |
| 現在の状況 | 症 状： 発症日時： 現在の居所： |
| 本学関係者との 接触の状況 | |
| 学内施設への 立入りの状況 | |
| その他 | |

※「健康観察シート（過去 2 週間分が明記されたもの）」と「行動表（2 週間分）」を添付すること。