

新型コロナウイルス感染症 陽性の場合に必要な情報ですの協力をお願いします。

1.診断した物の類型

・患者(確定例) ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・濃厚接触者

2.症状

■ 37.5℃以上の発熱	有・無
■ 解熱剤の使用	有・無
■ だるさ(倦怠感)	有・無
■ 喉の痛み	有・無
■ 鼻水	有・無
■ 頭痛	有・無
■ せき	有・無
■ たん	有・無
■ 息苦しき	有・無
■ 味やにおいの異常	有・無
■ 下痢	有・無

■ 肺炎像	有・無
■ 重篤な肺炎	有・無
■ 急性呼吸窮迫症候群	有・無
■ 多臓器不全	有・無
■ 嘔気/嘔吐	有・無
■ 結膜炎	有・無
■	有・無
■	有・無
■	有・無
■	有・無

発熱(37.5℃以上)の期間	1日(当日)、2日、3日、4日、5日以上
初回発熱時	令和 年 月 日

感染原因・感染経路・感染地域

1.感染原因・感染経路:

確定 推定

A.飛沫・飛沫核感染
(感染源の種類・状況)
不詳
咳やくしゃみ等による感染(家族や少人数での会話等を含む)
歌唱やライブ等の不特定多数の人が集まる場所での感染
5人以上での会食や居酒屋等の店での感染
その他(詳細を記載):

B.接触感染
(接触した人 物の種類・状況)
不詳
感染を疑う人との接触による感染
職場等における濃厚接触者
感染者の衣類や持ち物から来る感染
その他(詳細を記載):

C.その他
詳細を記載:

2.感染地域 * 複数の国または地域を該当する場合はすべて記載する事

1.日本国内
都道府県()市区町村()場所

2.国外
国名()
詳細地域()
渡航期間
出国日 令和 年 月 日
入国日 令和 年 月 日
その他 連絡事項

携帯電話番号：
家族 電話番号(携帯)：
自宅電話番号
自家用車 有 ・ 無

職業	同居の家族(丸を付けてください)
	父 母 夫 妻 息子(人) 娘(人) その他
(未成年の場合)	
保護者氏名	保護者住所