

新型コロナウイルス感染症患者の接触者リスト

【別紙3】R3.7.27～

発生届出日 / 患者ID

患者氏名: 入院 宿泊 自宅

調査者氏名:

/ TAC()へ依頼

番号	区分	よみがな氏名	続柄(関係)	生年月日	年齢	性別	患者との最終接触日	症状・基礎疾患	連絡先:住所 電話、メールアドレス等	健康観察期間	電話連絡日	検査希望	検査	郵送	避所入力
	濃・接		<input type="checkbox"/> 同居家族() <input type="checkbox"/> 別居家族() <input type="checkbox"/> 職場・所属 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他	T S H R 年 月 日		男・女	R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	住所: <input type="checkbox"/> 住基確認 <input type="checkbox"/> 住基なし 電話: mail:	/ ~ /		有・無・済	場所: <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 医療機関() 採取日: / 検体: <input type="checkbox"/> 唾液 <input type="checkbox"/> 鼻咽頭 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> その他 方法: <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 抗原定性 <input type="checkbox"/> 抗原定量 <input type="checkbox"/> その他 結果: / <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性		
	濃・接		<input type="checkbox"/> 同居家族() <input type="checkbox"/> 別居家族() <input type="checkbox"/> 職場・所属 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他	T S H R 年 月 日		男・女	R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	住所: <input type="checkbox"/> 住基確認 <input type="checkbox"/> 住基なし 電話: mail:	/ ~ /		有・無・済	場所: <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 医療機関() 採取日: / 検体: <input type="checkbox"/> 唾液 <input type="checkbox"/> 鼻咽頭 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> その他 方法: <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 抗原定性 <input type="checkbox"/> 抗原定量 <input type="checkbox"/> その他 結果: / <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性		
	濃・接		<input type="checkbox"/> 同居家族() <input type="checkbox"/> 別居家族() <input type="checkbox"/> 職場・所属 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他	T S H R 年 月 日		男・女	R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	住所: <input type="checkbox"/> 住基確認 <input type="checkbox"/> 住基なし 電話: mail:	/ ~ /		有・無・済	場所: <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 医療機関() 採取日: / 検体: <input type="checkbox"/> 唾液 <input type="checkbox"/> 鼻咽頭 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> その他 方法: <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 抗原定性 <input type="checkbox"/> 抗原定量 <input type="checkbox"/> その他 結果: / <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性		
	濃・接		<input type="checkbox"/> 同居家族() <input type="checkbox"/> 別居家族() <input type="checkbox"/> 職場・所属 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他	T S H R 年 月 日		男・女	R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	住所: <input type="checkbox"/> 住基確認 <input type="checkbox"/> 住基なし 電話: mail:	/ ~ /		有・無・済	場所: <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 医療機関() 採取日: / 検体: <input type="checkbox"/> 唾液 <input type="checkbox"/> 鼻咽頭 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> その他 方法: <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 抗原定性 <input type="checkbox"/> 抗原定量 <input type="checkbox"/> その他 結果: / <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性		
	濃・接		<input type="checkbox"/> 同居家族() <input type="checkbox"/> 別居家族() <input type="checkbox"/> 職場・所属 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他	T S H R 年 月 日		男・女	R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	住所: <input type="checkbox"/> 住基確認 <input type="checkbox"/> 住基なし 電話: mail:	/ ~ /		有・無・済	場所: <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 医療機関() 採取日: / 検体: <input type="checkbox"/> 唾液 <input type="checkbox"/> 鼻咽頭 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> その他 方法: <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 抗原定性 <input type="checkbox"/> 抗原定量 <input type="checkbox"/> その他 結果: / <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性		
	濃・接		<input type="checkbox"/> 同居家族() <input type="checkbox"/> 別居家族() <input type="checkbox"/> 職場・所属 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他	T S H R 年 月 日		男・女	R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	住所: <input type="checkbox"/> 住基確認 <input type="checkbox"/> 住基なし 電話: mail:	/ ~ /		有・無・済	場所: <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 医療機関() 採取日: / 検体: <input type="checkbox"/> 唾液 <input type="checkbox"/> 鼻咽頭 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> その他 方法: <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 抗原定性 <input type="checkbox"/> 抗原定量 <input type="checkbox"/> その他 結果: / <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性		
	濃・接		<input type="checkbox"/> 同居家族() <input type="checkbox"/> 別居家族() <input type="checkbox"/> 職場・所属 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他	T S H R 年 月 日		男・女	R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	住所: <input type="checkbox"/> 住基確認 <input type="checkbox"/> 住基なし 電話: mail:	/ ~ /		有・無・済	場所: <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 医療機関() 採取日: / 検体: <input type="checkbox"/> 唾液 <input type="checkbox"/> 鼻咽頭 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> その他 方法: <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 抗原定性 <input type="checkbox"/> 抗原定量 <input type="checkbox"/> その他 結果: / <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性		
	濃・接		<input type="checkbox"/> 同居家族() <input type="checkbox"/> 別居家族() <input type="checkbox"/> 職場・所属 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他	T S H R 年 月 日		男・女	R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	住所: <input type="checkbox"/> 住基確認 <input type="checkbox"/> 住基なし 電話: mail:	/ ~ /		有・無・済	場所: <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 医療機関() 採取日: / 検体: <input type="checkbox"/> 唾液 <input type="checkbox"/> 鼻咽頭 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> その他 方法: <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 抗原定性 <input type="checkbox"/> 抗原定量 <input type="checkbox"/> その他 結果: / <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性		

保健所実施分			
住基確認		到着予定日	/ ()
名簿入力		提出予定日	/ ()
担当		時間	: ~ :