COVID-19 感染調査シート（極秘扱い）

感染調査シート ID		調査開始日時	月　日　時　分
調査担当者名		調査終了日時	月　日　時　分
感染者情報			
感染社員名		従業員番号	
年齢		家族構成	
保険証番号	記号　番号	高リスク要因	65歳以上、基礎疾患（病名不記載）
携帯番号（会社）	（　）　-	電子メール（会社）	@
携帯番号（個人）	（　）　-	電子メール（個人）	@
自宅電話番号	（　）　-	自宅住所	
緊急連絡先・関係		緊急連絡先電話番号	（　）　-
入院/隔離予定	入院 / ホテル / 自宅	病院/ホテル電話番号	（　）　-
自宅管轄保健所		保健所電話番号	担当者名　（　）　-
所属部門名		所属部門責任者	
部門ビル名		フロア	階
ビル管轄保健所		保健所電話番号	担当者名　（　）　-
ビル管理会社		ビル管理連絡先	担当者名　（　）　-
調査内容			
1. 感染したと思われる日時と状況		日（　）　時	
		日（　）　時	
		日（　）　時	
2. 最初に症状が現れた日時と症状		日（　）　時	
3. 濃厚接触した相手と日時		日（　）　時	
		日（　）　時	
		日（　）　時	
		日（　）　時	
４．保健所等への連絡状況（指示等）		日（　）　時	
5. PCR 検査および陽性判明の日時		PCR 検査	病院名：　日（　）　時
		陽性判明	日（　）　時
6. 入院 / ホテル / 自宅待機の開始日時		日（　）　時	入院 / ホテル / 自宅
7. 現在の状況（症状など）		日（　）　時	

© 2020 Principle BCP Institute, All Rights Reserved.