

新型コロナウイルス感染症疑い患者連絡票

※報告基準に当てはまる方のみ下記担当あて報告してください
インフルエンザ検査等を行う場合は感染対策を実施してください

来院日時	年	月	日	午前・午後	時頃
氏名					
生年月日	(歳)	性別	男・女		
住所					
連絡先					
所属	旅行者・就労者・学生・その他()				
インフルエンザ 迅速検査	実施(陽性・陰性)・未実施				
胸部レントゲン検査	実施・未実施				
重症度	重症化のおそれあり・なし (理由:)				
特記事項					

医療機関名 _____

医師名 _____

連絡先(TEL) _____

令和2年2月6日現在

新型コロナウイルス感染症が疑われる患者の要件(報告基準)

以下の、A、B、Cのいずれか

A 以下のⅠおよびⅡを満たす場合

Ⅰ 発熱かつ呼吸器症状を有している

Ⅱ 発症前14日以内に、以下の(ア)、(イ)のいずれかを満たす

(ア) 武漢市を含む湖北省に渡航または居住

(イ) 武漢市を含む湖北省に渡航または居住していたものと濃厚接触歴がある

B 発熱または呼吸器症状(軽症含む)を有し、患者(確定例)と濃厚接触歴がある

C その他、医師が疑似症患者の疑いがあると診断した場合