報告日：　　　　　年　　　月　　　日

更新日：　　　　　年　　　月　　　日

甲南女子大学　学長殿

甲南女子中学校・高等学校　校長殿

罹患報告書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 報告者 | 氏名 |  |
| 患者との関係 |  |

以下の通りご報告します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **罹患者** | **教職員** | 所属・職名 | |
| **学生・院生** | 学科・専攻 | 年生 |
| **中高** | 【　中学校　・　高等学校　】 | 年生 |
| **氏名** |  | |
| **1.症状が最初に現れた日** | | 年　　　月　　　日 | |
| **2.検査を実施した日** | | 年　　　月　　　日 | |
| **3.「陽性」と判明した日** | | 年　　　月　　　日 | |
| **4.学園への第一報日時** | | 年　　　月　　　日　　　時　　　分 | |
| **5.受診医療機関名** | |  | |
| **6.現在の症状について**  **（発熱、咳、呼吸困難、全身倦怠感、咽頭痛、鼻汁・鼻閉、頭痛、関節・筋肉痛、下痢、嘔気・嘔吐など）** | |  | |
| **7.海外渡航歴の有無**  **（診断日以前14日以内）** | | ①有り・無し（どちらかに○）  ②有りの場合、期間と地域名・国名・都市名  （期間）  （場所） | |
| 7.行動履歴 | | **※症状が最初に現れた日の「２日前」からの行動経路について急を要しますので、電話連絡をお願いします。** | |
| 8.「濃厚接触者」について   |  | | --- | | ※以下に同意する場合（患者本人から同意を得た場合）は、☑をいれてください。  □濃厚接触者（想定される者を含む）に対して情報提供を行うことに同意する。 | | | ※以下「濃厚接触者」の定義に該当する方が想定できる場合は、別紙に記載し、早急にご連絡ください。  （1）患者と同居あるいは長時間の接触（車内、航空機内等を  含む）があった者  （2）適切な感染防護無しに患者を診察、看護若しくは介護し  ていた者  （3）患者の気道分泌液もしくは体液等の汚染物質に直接触れ  た可能性が高い者  （4）手で触れることの出来る距離（目安として1メートル）  で、必要な感染予防策なしで、患者と15分以上の接触が  あった者（周辺の環境や接触の状況等個々の状況から患者  の感染性を総合的に判断する） | |
| 9.医師、行政機関等の所見 | |  | |
| 10.治療状況 | | ①治療状況（いつ、どうなったか）  （例）○月○日、症状はほとんど無くなった  　　　○月○日、PCR検査にて陰性判定  ②担当医等から登校・登学・出勤の許可が出た日  年　　　月　　　日 | |

＜行動履歴＞**「発症２日前」からの行動履歴について、簡潔にまとめ早急に電話連絡してください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 月日 | 行動履歴 | マスクの着用有無 |
| **（本日）** | **月　　日(　　)** | **「発症した日」から「本日」までの行動** | **マスクを外した場面の行動**  **自動販売機やロッカーなど共用物の使用履歴** |
| **発症した日** | **月　　日(　　)** |  | **マスクを外した場面の行動**  **自動販売機やロッカーなど共用物の使用履歴** |
| **発症した日の**  **１日前** | **月　　日(　　)** |  | **マスクを外した場面の行動**  **自動販売機やロッカーなど共用物の使用履歴** |
| **発症した日の**  **２日前** | **月　　日(　　)** |  | **マスクを外した場面の行動**  **自動販売機やロッカーなど共用物の使用履歴** |

＜濃厚接触の定義に該当する可能性のある人＞

※クラブやサークル・交友関係など、濃厚接触に該当しそうな人がいれば教えてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 区分 | 所属・職名  学校名・学年 | 氏名 | 濃厚接触と考えられる状況 |
| １ | 学内 |  |  |  |
| ２ | 学内 |  |  |  |
| ３ | 学内 |  |  |  |
| ４ | 学内 |  |  |  |
| ５ | 学内 |  |  |  |
| ６ | 学内 |  |  |  |
| ７ | 学内 |  |  |  |
| ８ | 学内 |  |  |  |
| ９ | 学内 |  |  |  |
| 10 | 学内 |  |  |  |

※欄が足りなければ追加してください。