

感染状況報告書

令和 年 月 日報告

所属等		学 年	※
氏 名		学籍番号	※
連絡先		指導教員	※

※学生のみ記載

① 感染者からの報告日	令和 年 月 日	
② 診断日	令和 年 月 日	
③ 受診医療機関		
④ 現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅待機：住所 <input type="checkbox"/> 入院中（または入院予定）： 入院先医療機関名	
⑤ 症状等が現れた日	令和 年 月 日	症状： ・発熱（ 度 分）・だるさ ・息苦しさ・咳・鼻水・頭痛・筋肉痛 ・関節痛・腹痛・下痢・味覚異常 ・嗅覚異常・その他（ ）
⑥ 診断日前1か月以内における国内外の旅行歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 期間 月 日～ 月 日 <input type="checkbox"/> 経路：地域，国名・都市名	
⑦ 発症2日前以降における本学，学外の関係者との接触状況	学内：日付，授業，会議，サークル等の出席・出勤状況等 学外：接触した人の多寡，立ち寄った場所（アルバイト，習い事，友人とのお出かけ，イベント参加等）等 ※保健所および濃厚接触者（想定される者を含む。）に対して情報提供を行うことへの同意の有無（有・無）	
⑧ 今後の見通し等に係る医師，行政機関等の所見		

【学内担当者対応メモ】	月 日（ ） 時 分（担当 ）
-------------	-----------------

Report of Outbreak Situation

Reported on (date) :

Affiliation		School Year	※
Name		Student ID No.	※
Contact		Advisor	※

※ Students only.

① Report date			
② Diagnosis date			
③ Diagnosed medical institution			
④ Current situation	<input type="checkbox"/> Staying home (Address): <input type="checkbox"/> Hospitalized (or going to be hospitalized): Name of medical institute:		
⑤ Date appeared symptoms	Date:	Symptoms: • Fever (°C) • Fatigue • Difficulty breathing • Cough • Runny nose • Headache • Muscle ache • Joint pain • Stomachache • Diarrhea • Gustatory disorders • Olfactory disorders • Others()	
⑥ Domestic/international travel history 1 month prior to the diagnosis date	<input type="checkbox"/> None: <input type="checkbox"/> Period: <input type="checkbox"/> Travel route (city/country/region)		
⑦ Contact with people concerned on/off-campus 2 days before the outbreak On campus: attended date, class, meeting, club activities Off campus: number of people contacted, visited place (parttime work, learning activities, going out with friends, event participation, etc.)	<input type="checkbox"/> Consent to provide information to the public health center and close contact (including expected close contact): (Yes / No)		
⑧ Observation of the doctor, medical institution, and/or government office for future outlook			

【Remarks】 Date: Time: (Person in charge:)
