

新型コロナウイルス感染症患者行動調査票（接触者）

（添付3-1）

NESID登録ID：

患者氏名：

☆発症後の行動調査は、濃厚接触者を特定し、感染拡大を予防するために行う。原則として、診断されて症例として対応される直前までの行動について記載する。また、患者と同室であったり会話した者のうち、連絡や問い合わせが可能である者を優先的に記述する。

発症日より	日付	時刻	同居者以外の者との接触状況	接触場所	接触者氏名※	接触者の連絡先	備考
記載例	6/Y	9時～12時 13時30分～ 15時頃	①職場に出勤し、所属する営業2課の同僚と接触 ②取引先に移動し、応対した社員や商談した社員等と接触	①〇〇物産株式会社 TEL：000-000-0000 ②〇×貿易株式会社 TEL：999-999-9999	①〇〇太郎、□□花子、△△次郎 ②〇×部長、△□主任	①は全て〇〇物産株式会社 ②は全て〇×貿易株式会社	
発症2日前	/						
発症1日前	/						
発症日	/						
発症1日後	/						
発症2日後	/						
発症3日後	/						
発症4日後	/						
発症5日後	/						
発症6日後	/						
発症7日後	/						
発症()日後	/						
発症()日後	/						
発症()日後	/						
発症()日後	/						
発症()日後	/						

接触者数が多数となる場合は、裏面の自由記載欄も活用して記載すること。

(添付3-3)

新型コロナウイルス感染症患者の接触者における健康観察票

これは、管轄保健所が主体となって行う調査票です。観察対象者に対しては注意深く健康チェックを実施してもらい、もし気になる症状が現れたときには、必ず速やかに保健所へ連絡するよう伝えて下さい。健康観察は、患者との最終接触日から14日目で終了してください。

接触者番号:		観察対象者氏名:					住所:					TEL: - -			
患者氏名:		患者との最終接触日時: 年 月 日 時					患者との関係:					Email: @			
		1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目	11日目	12日目	13日目	14日目
月日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
最高体温		°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
呼吸器症状	咳嗽	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	呼吸困難	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	鼻汁・鼻閉	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	咽頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他	嘔気・嘔吐	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	結膜充血	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	全身倦怠感	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	関節筋肉痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	下痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	意識障害	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	けいれん	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他															
朝・夕の確認☑(確認手段(電話・面接等)を記載)	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()
備考															
確認者															

保健所名:

担当者:

所在地:

TEL: - -

FAX: