（対象者）　教職員（派遣職員を含む）

① 対象者の職員番号（不明の時は省略可）：

② 対象者の名前：

③ 対象者の所属：

④ 対象者の職名：

⑤ 報告内容(a～fで該当する項目を回答)

　　a) コールセンターから指示を受けた

　　　・宮城県・仙台市のコールセンターに連絡した日時

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日　時　分

　　　・発熱の有無　　　　有　・　無

　　　・体温　　　　　　　　　度

　　　・倦怠感の有無　　　有　・　無

　　　・呼吸困難の有無　　有　・　無

　　　・咳の有無　　　　　有　・　無

　　　・味覚異常の有無　　有　・　無

　　　・嗅覚異常の有無　　有　・　無

　　　・その他の症状

　　　・発熱、倦怠感、呼吸困難、咳、味覚異常、嗅覚異常などの症状が

最初に現れた日

　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　・症状が現れた日から本日までの症状の経過を記入

　　　・コールセンターから指示のあった内容（PCR検査受検の指示、自宅待機など）

　　b) コールセンターの指示を受けて医療機関を受診した

　　　・コールセンターの指示を受けて医療機関に受診した日時

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日　時　分

　　　・受診した医療機関名

　　　・医療機関を受診した結果（PCR検査受検の有無、自宅待機など）

・発熱の有無　　　　有　・　無

　　　・体温　　　　　　　　度

　　　・倦怠感の有無　　　有　・　無

　　　・呼吸困難の有無　　有　・　無

　　　・咳の有無　　　　　有　・　無

　　　・味覚異常の有無　　有　・　無

　　　・嗅覚異常の有無　　有　・　無

　　　・その他の症状

　　　・発熱、倦怠感、呼吸困難、咳、味覚異常、嗅覚異常などの症状が

最初に現れた日

　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　・症状が現れた日から本日までの症状の経過を記入

　　　・医療機関を受診した結果（PCR検査受検の有無、自宅待機など）

　　c) PCR検査の結果が判明した

・対象者のPCR検査の結果が判明した日時

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日　時　分

　　　・対象者のPCR検査の結果

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　陽性　・　陰性

　　d) PCR検査の結果が陽性だった場合

　　　・受診した医療機関

　　　・発熱、倦怠感、呼吸困難、咳、味覚異常、嗅覚異常などの症状の有無

　　　　　　有　・　無

　　　（有の場合）

・発熱の有無　　　　有　・　無

　　　・体温　　　　　　　　度

　　　・倦怠感の有無　　　有　・　無

　　　・呼吸困難の有無　　有　・　無

　　　・咳の有無　　　　　有　・　無

　　　・味覚異常の有無　　有　・　無

　　　・嗅覚異常の有無　　有　・　無

　　　・その他の症状

　　　・発熱、倦怠感、呼吸困難、咳、味覚異常、嗅覚異常などの症状が

最初に現れた日

　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　・症状が現れた日から本日までの症状の経過を記入

　（以下は発熱の有無を問わず）

　　　・診断日前１４日間の行動歴（授業やミーティングの出席状況、施設の利用状況など）

　　　・住所を入力してください（実家など住所以外の場所に滞在している場合には滞在先の名称と住所）

　　　・その後、治癒した場合、治癒と診断された日

　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　e) 保健所により濃厚接触者とされた

　　　・濃厚接触者とされた日時

年　月　日　時　分

　　　・罹患者と最後に最後に接触した日

年　月　日

　　　・罹患者と最後に接触した日前14日間の対象者の行動歴

　　　（例　勤務の状況、施設の利用状況など）

　　　・住所（出張先や実家など住所以外の場所に滞在している場合には滞在先の名称と住所）

　　f) 同居人が新型コロナウイルス感染症に罹患した(PCR検査結果が陽性となった)

　　　・対象者が検査の結果、陽性と診断された日時

年　月　日　時　分

以上