様式第1号（別紙）

受検者一覧

申請要件（※該当に〇を付けてください。）

ア　当該対象施設で感染者が発生した場合

イ　同一建物内の併設事業所で感染者が発生した場合

　　　（感染者発生事業所名（及びサービス種別）：　　　　　　　　）

＜感染者＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 生 年 月 日 | 発生日 |
| (受給者証番号：　　　　　　) | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |

＜職　員＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 生 年 月 日 | 基礎疾患の有無 | 検査方法 |
|  | 年　　月　　日 | 有 ・ 無 | PCR・定量・定性 |
|  | 年　　月　　日 | 有 ・ 無 | PCR・定量・定性 |
|  | 年　　月　　日 | 有 ・ 無 | PCR・定量・定性 |
|  | 年　　月　　日 | 有 ・ 無 | PCR・定量・定性 |

＜利用者＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 生 年 月 日 | 基礎疾患の有無 | 検査方法 |
| (受給者証番号：　　　　　　) | 年　　月　　日 | 有 ・ 無 | PCR ・ 定量 |
| (受給者証番号：　　　　　　) | 年　　月　　日 | 有 ・ 無 | PCR ・ 定量 |
| (受給者証番号：　　　　　　) | 年　　月　　日 | 有 ・ 無 | PCR ・ 定量 |
| (受給者証番号：　　　　　　) | 年　　月　　日 | 有 ・ 無 | PCR ・ 定量 |

＊基礎疾患とは、慢性閉塞性肺疾患、慢性腎臓病、糖尿病、高血圧、心血管疾患を指します。

「基礎疾患の有無」は年齢が65歳未満の場合のみ、ご記入ください。

＊必要に応じて行や別紙を追加、添付してください。

＊感染者が利用者の場合には、受給者証番号（または被保険者番号）を記入してください。

＊複数の感染者が発生した場合、感染者は代表で１名分を記入してください。