新型コロナウイルス（COVID-19）調査票 （ 罹患・疑い・濃厚接触者 ）／ 教職員

※太枠内を入力し、所属長に送付してください （記入日： 月 日）

所属		職種		住所 ※市区まで	
氏名		本人 電話番号	－ －		
		緊急連絡先	－ －		

〈 病院受診 〉 ・受診日： ／ ・入院期間： ／ ～ ／ ・医療機関名： ・診察結果： ・出勤に関する医師指示： ・処方薬：	〈 管轄保健所 〉 ・保健所への相談・報告： 無 ・ 有 （初回連絡日： 月 日） ・ 保健所（担当者： ） ・電話番号： 〈 感染経路 〉 ・感染経路： ・不明 ・海外渡航歴： 無 ・ 有
〈 疑い 〉 ・症状発生日時： ・自宅療養期間： ／ ～ ／	〈濃厚接触者〉 ・接触日： ・接触者： ・自宅療養期間： ／ ～ ／

・症状出現前日からの勤務状況について記入してください。

日付	勤務場所と濃厚接触者2m以内（①〇～〇時※※会議室△さん、△さん、②〇時～〇時※※室自分のデスク、△チーム全員）
／（ ）	
／（ ）	
／（ ）	
／（ ）	
／（ ）	

保健室記載欄

保健室への連絡日時： 年 月 日（ ） 時 分 （ 本人 ・家族 ・その他 ）

□多摩小平保健所 □多摩府中保健所 □新宿保健所 担当者名： 連絡先：

保健所指示

罹患者番号：

□罹患者一覧への登録、 □罹患者一覧配信、 □解除配信

武蔵野美術大学