陽性者氏名：	陽性者種別：

医療機関名：

窓口となる方：　　連絡先：　　メールアドレス：

番号	①氏名 ※カタカナで記入してください。	②性別	③生年月日 ※熊本市内の医療機関の場合、年齢でも可	④種別（※職員）/患者	⑤現在の症状		⑥病棟/病室	⑦患者との最終接触日	⑧接触状況 ・１m以内１５分以上の会話または食事等の状況 ・陽性者と同室か	⑨接触時の２方向換気	⑩陽性者のマスク着用状況	⑪接触者のマスク着用状況	⑫職員のPPE着用状況(職員対患者の場合)				⑬医療機関記入欄		
					有・無	※症状有の場合							N-95	手袋	フェイスシールド・アイガード	ガウン	①濃厚接触者 ②接触者 ③非接触者	検査日時	検査結果
例1	コロナ　タイサク	男	S61.1.11	看護師	無		北２病棟	4月1日	・１m、20分程度、病室で入院説明の会話あり。主に職員が話していた。	有	無	有	有	無	有	無			
例2	ホケンジョ　チョウサ	男	S22.2.22	患者	有	発熱	北２病棟/201号室	4月1日	陽性者と同室	有	無	無							
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

Point

保健所が接触者リストで確認したい項目は以下のとおりです。

- ☐ 感染者といつ、だれと、どのように接触したか
- ☐ 接触時にマスクは着用していたか、手指の消毒状況はどうであったか
- ☐ 医療従事者はどのような防護具（マスク等）で、どの程度の時間（何分間、何時間）、どのような医療行為をしていたか
- ☐ 食事をしていた場合は、席の状況、両横、正面、斜めの距離、食事の時間、アクリル板等の仕切りの設置状況

濃厚接触者とは・・・

患者本人発症日2日前から接触のあった方のうち、次のような接触があった方です。

- ☐ 感染者と1メートル以内で必要な感染予防策（マスク着用等）なしで15分以上接触のあった方
- ☐ 感染者と同居または長時間の接触のあった方
- ☐ 適切な感染防御なしに感染者を診察、看護、介護した方
- ☐ 感染者の気道分泌液、体液等の汚染物質に直接触れた可能性が高い方

※上記の項目を含め、接触状況に応じて保健所が総合的に判断します

提出先

熊本市新型コロナウイルス感染症対策課
FAX：096-364-3361
電話：096-364-3314
e-mail：coronachousa@city.kumamoto.lg.jp
担当：調査班 医療チーム