

新型コロナウイルス抗原簡易キットを用いたクラスター発生抑制の実証研究
症例報告書（症例記録票）

フリガナ		フリガナ	
施設名・企業名		報告者	
施設・企業住所		電話番号	() -
同意確認	被験者に説明のうえ同意を得ましたか？ <input type="checkbox"/> 「説明・同意書」に署名済 被験者に「説明・同意書」を渡しましたか？ <input type="checkbox"/> コピーを配付済		

検査に至った経緯	<input type="checkbox"/> 本人に症状あり <input type="checkbox"/> 濃厚接触者・接触者に該当		
	<input type="checkbox"/> 無症状・定期的な確認		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
被験者ID (被験者毎に付与)	検査回数	回目(前回 年 月 日)	
	※社員番号や実施順に番号を割り当てる等、管理しやすい方法でおつけ下さい。 複数回検査を実施した場合に、経過をみるためのものです。		
SARS-CoV-2感染歴	<input type="checkbox"/> 有(感染時期 年 月)	年齢	才
	<input type="checkbox"/> 無	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

症状出現日(西暦)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 無症状	症状出現時の体温	°C
症 状 <small>※必ずどちらかにチェック を入れて下さい</small>	発熱(37.5°C以上)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	咳 嗽	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	喀 痰	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	咽 頭 痛	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	全身倦怠感	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	味覚・嗅覚障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	その他症状	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無		
医薬品服用の有無 (一ヵ月程度)	<input type="checkbox"/> 有	薬 剤 名	・ <input type="checkbox"/> 不明	
	<input type="checkbox"/> 無	服用期間	月 日～ 月 日迄	
備 考 (症例に対する特記事項)				

検体採取日時(西暦)	年 月 日()	時 分 採取	
検体採材者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> その他 ()		
検査箇所	<input type="checkbox"/> 鼻腔拭い(鼻から2cmのところ) <input type="checkbox"/> 鼻咽頭拭い		
試験測定結果	判 定	本キット	PCR検査(実施した場合)
	(+/-)	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - 月 日実施
測定後の経過対応に ついて			

今回の実証研究に ついての課題、 ご意見、ご要望等	クラスター発生： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	クラスター発生の抑制に役立ちましたか： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

こちらの報告書については、検査終了後、まとめて封筒に入れて下記までご提出ください。

【提出先】 宇佐市役所 介護保険課 介護給付係 (担当：石川)