

【参考】

職員名簿（平時から記載する。新規で職員が入職した場合、必ず更新する。）

発生時記載

No.	氏名	年齢	性別	居住地市町	職種（以下から選択して○をつける）	確認日	症状の有無	有りの場合、該当する症状に○	初発患者発症時の担当ユニット名	備考
			男 ・ 女		・医師 ・事務 ・看護師 ・介護職員 ・その他（ ）		無 ・ 有	体温（ °C） 咳、倦怠感、頭痛、下痢 味覚・嗅覚障害、他（ ）		
			男 ・ 女		・医師 ・事務 ・看護師 ・介護職員 ・その他（ ）		無 ・ 有	体温（ °C） 咳、倦怠感、頭痛、下痢 味覚・嗅覚障害、他（ ）		
			男 ・ 女		・医師 ・事務 ・看護師 ・介護職員 ・その他（ ）		無 ・ 有	体温（ °C） 咳、倦怠感、頭痛、下痢 味覚・嗅覚障害、他（ ）		
			男 ・ 女		・医師 ・事務 ・看護師 ・介護職員 ・その他（ ）		無 ・ 有	体温（ °C） 咳、倦怠感、頭痛、下痢 味覚・嗅覚障害、他（ ）		
			男 ・ 女		・医師 ・事務 ・看護師 ・介護職員 ・その他（ ）		無 ・ 有	体温（ °C） 咳、倦怠感、頭痛、下痢 味覚・嗅覚障害、他（ ）		
			男 ・ 女		・医師 ・事務 ・看護師 ・介護職員 ・その他（ ）		無 ・ 有	体温（ °C） 咳、倦怠感、頭痛、下痢 味覚・嗅覚障害、他（ ）		
			男 ・ 女		・医師 ・事務 ・看護師 ・介護職員 ・その他（ ）		無 ・ 有	体温（ °C） 咳、倦怠感、頭痛、下痢 味覚・嗅覚障害、他（ ）		
			男 ・ 女		・医師 ・事務 ・看護師 ・介護職員 ・その他（ ）		無 ・ 有	体温（ °C） 咳、倦怠感、頭痛、下痢 味覚・嗅覚障害、他（ ）		
			男 ・ 女		・医師 ・事務 ・看護師 ・介護職員 ・その他（ ）		無 ・ 有	体温（ °C） 咳、倦怠感、頭痛、下痢 味覚・嗅覚障害、他（ ）		