【有症状者記録表】

※　該当のある項目のみ記入

No.	利用者／職員	イニシャル	性別	年齢	部屋番号 （クラス）	職種 （職員のみ）	発症日	診断日	最終 利用日	診断名 検査結果	治療状況	入院の有無 （入院先）	ワクチン接種歴	備考 （介護度・ADL・認知症の有無など）
例	利用者	I.T	男	70	101	介護職員	3/31	4/1	3/31	新型コロナウイルス感染症	○○処方、治療中	有 （○○病院）	6回	認知症あり、徘徊あり
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														