施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　階・ユニット名

施設住所　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

（生年月日）（性別）：　（S..）（性）

検体採取日：R４.

最初の症状（自覚した日）：　（/　から）

既往歴：

COVID-19ワクチン回数（最終接種日）：　　回（Ｒ..）

介護度：　　　　　認知症自立度：　　障害自立度：

家族の連絡先（氏名：続柄）：TEL　-　-　（夫：長男）

抗原キットにフルネーム・年齢を書き、抗原キット画像を破線内に貼り付けてください。

判定結果　　　　　　　　　　　　　　北海道帯広保健所長　R4.　.　　診断

施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　階・ユニット名

２F・とかち

特養　ひがし３条

施設住所　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

（生年月日）（性別）：　　（S５.１０.５）（女性）

検体採取日：R４.１０.１

最初の症状（自覚した日）：微熱　（９/２９　から）

既往歴：糖尿病、心不全、アルツハイマー型認知症

COVID-19ワクチン回数（最終接種日）：　４　回（R４. ９.１０）

B２

Ⅲｂ

介護１

介護度：　　　　　認知症自立度：　　障害自立度：

家族の連絡先（氏名：続柄）：TEL　０７０-１２３４-５６７８　（北海　道夫：長男）

抗原キットにフルネーム・年齢を書き、抗原キット画像を破線内に貼り付けてください。

判定結果　　　　　　　　　　　　　　北海道帯広保健所長　R4.　.　　診断