

附表、

社區式長照服務機構（家庭托顧）之 COVID-19疑似及確診病例通報單（範例）

通報日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

機構名稱：_____ 通報人姓名：_____ 聯絡電話：_____

機構地址：_____ 縣/市 _____

工作人員總人數：_____ 服務對象總人數：_____

| | 個案姓名 | 人員類別 | 身分證字號/居留證號 | 年齡 | 病毒核酸檢驗採檢院所名稱 | 安置場所 (如仍於機構內，請註明地點) |
|---|------|------|------------|----|--------------|------------------------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |

※機構發現抗原快篩或 PCR 檢驗陽性之個案請於24小時內填具本表回傳轄屬地方主管機關；如為抗原快篩陽性個案，並需盡速取得病毒核酸檢驗報告。