

附件二、

社區式服務單位 COVID-19 快篩陽性通報單 (範例)

通報日期：_____年_____月_____日

機構類別： 社區式長照機構 (日間照顧、小規模多機能) 綜合式長照機構

老人福利機構、護理之家等住宿式機構附設之日照中心 醫療機構內設置之日間照顧、小規模多機能

身心障礙日間型服務 (社區日間作業設施、 社區式日間照顧、 日間服務機構)

日間型精神復健機構

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，並盡速取得病毒核酸檢驗報告。