

〇〇〇〇第 号
平成 年 月 日

様

〇〇保健所長

健康状態の報告のお願い

あなたは、以下のとおり、エボラ出血熱の患者の体液等に必要な感染予防策なしに接触しており、エボラ出血熱に感染しているおそれがあります。

- ① 患者の体液等のついた医療器具（注射器など）による外傷、粘膜・傷口への患者の体液等の接触などにより、直接ウイルスに曝露
- ② エボラ出血熱の患者（死体を含む。以下同じ。）の血液、唾液、便、精液、涙、母乳等に接触
- ③ エボラ出血熱の患者の検体処理（検査室等における検体の取扱い）に従事
- ④ エボラ出血熱の患者のおおむね１メートル以内の距離で診察、処置、搬送等に従事

※ ①～④から選択。

※ 単にエボラ出血熱への感染が疑われている者は、エボラ出血熱の患者には含みません

※ ②～④については、防護服の着用など、必要な感染予防策を講じていない場合に限りします。

つきましては、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 15 条第 1 項の規定に基づく調査として、〇年〇月〇日まで、毎日、朝夕 2 回、体温などの健康状態の報告を求めます。連絡は以下のメールアドレス又は電話番号にお願いします。

なお、〇年〇月〇日までの間においては、検疫所への毎日朝夕 2 回の連絡については、保健所への報告をもって不要となります。

担 当：〇〇課

電話番号：

（休日、夜間： ）

メールアドレス：

また、この調査への協力の一環として、同条第 3 項の規定に基づき、以下のとおり、〇年〇月〇日までの外出の自粛等の協力をいただきますようお願いいたします。

- ① 自宅からの外出をできる限り控えること
- ② 公共交通機関の利用をできる限り控えること
- ③ 不特定多数が利用する場所（ショッピングセンター、映画館など）への出入りをできる限り控えること
- ④ 勤務先への出社、学校への登校、診療への従事などをできる限り控えること

※ 接触状況、接触者の生活状況等を勘案し、①～④から適切な要請を選択

なお、本協力要請については、御協力いただくよう努めていただく義務がありますので、御理解いただきますようお願いいたします。

また、仮に〇年〇月〇日までの間に発熱などの症状が生じた場合には、速やかに上記の保健所の電話番号に連絡いただきますようお願いいたします。