

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。