

感染症集団発生状況報告書（高齢者・障害者施設）

報 告 日	年 月 日 時
報 告 疾 患	<input type="checkbox"/> インフルエンザ（A型：名、B型：名、型不明：名） <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> RSウイルス <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> その他（ ）
記 載 者 報告書を記載した人の氏名	職種（ ）
施 設 名	
連絡先（電話番号等）	
在 籍 者 数	(入所者) 名 (職員) 名 ※非常勤やパート含む
初 発 患 者 の 発 症 日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 入所者（ 階） <input type="checkbox"/> 職員（担当業務： ）
患者総数（診断済み+有症状者）	(入所者) 名 (職員) 名
1 階	(入所者) 名 / (全数) 名 (職員) 名
2 階	(入所者) 名 / (全数) 名 (職員) 名
3 階	(入所者) 名 / (全数) 名 (職員) 名
4 階	(入所者) 名 / (全数) 名 (職員) 名
5 階	(入所者) 名 / (全数) 名 (職員) 名
そ の 他	(入所者) 名 / (全数) 名 (職員) 名
重症患者の人数（入院や人工呼吸器管理した人など）	重症者 名 (内入院者 名)
主な症状 ※□にチェックを入れてください	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状（ <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 咽頭痛） <input type="checkbox"/> 消化器症状（ <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢） <input type="checkbox"/> その他（ ）
備考	
経過表・チェックリストと一緒に保健所へ提出し、<u>お電話ください。</u>	
FAX送信先：みなと保健所保健予防課保健予防係 宛 <u>03-3455-4460 (FAX送信票不要)</u>	
メール送信先：hoken02@city.minato.tokyo.jp	