

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、**お電話ください。**

FAX送信先：みなと保健所保健予防課保健予防係 宛
 03-3455-4460（FAX送信票不要）

メール送信先：hoken02@city.minato.tokyo.jp