

記入例

感染症集団発生報告票(感染性胃腸炎)

※太枠内をご記入ください

提出先 千代田保健所健康推進課 感染症対策係  
 メール kansenshou@city.chiyoda.lg.jp  
 FAX 03-5211-8192

報告年月日 令和6年〇月〇日

連絡者氏名 (職種・職層)	千代田 太郎 (養護教諭)		電話	03-0000-0000						
			FAX	03-0000-0000						
学校名 施設名	〇〇小学校		mail	〇〇@〇〇.〇〇.〇〇						
発生日 (初発日)	令和6年〇月〇日		施設医 電話	〇〇クリニック 〇〇医師 03-0000-0000						
発症者数	15名 (利用者: 13名、職員: 2名、その他: 名)									
症状の特徴 (発症者に認められた症状をすべてチェックしてください。)	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> ぜん息様呼吸 <input checked="" type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 悪心 <input checked="" type="checkbox"/> おう吐 <input checked="" type="checkbox"/> 下痢(軟便 水様便 粘液) <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 神経症状(しびれ 視力異常 けいれん) <input type="checkbox"/> その他(発疹 発汗 変色 異臭 めまい 意識障害) <input type="checkbox"/> 自由記載(									
受診状況	受診人数	12名	医療機関名	(わかる範囲で記入してください) 〇〇クリニック、〇〇医院						
	病原体名	<input checked="" type="checkbox"/> ノロウイルス(10名) <input type="checkbox"/> ロタウイルス( 名) <input type="checkbox"/> その他(   )( 名) <input checked="" type="checkbox"/> 不明(2名)								
利用者数・職員数の内訳										
施設概要	クラス・フロア	1年	2年	3年	4年	5年	6年	利用者合計	職員	※職員は非常勤・職種問わず含めてください。
	在籍者数	40	40	40	40	40	40	240	40	
	発症者数				8	5		13	2	
	入院者数									
施設区分	<input type="checkbox"/> 保育施設 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input checked="" type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高等学校 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 高齢者施設 <input type="checkbox"/> 障害者施設 <input type="checkbox"/> その他									
備考	その他特記事項ありましたらご記入ください。									

※不明箇所は「不明」と記載してください。

※受領後、保健所より内容の確認をさせていただくことがあります。

※ご不明な点がございましたら、千代田保健所健康推進課感染症対策係(03-5211-8173)までお問い合わせください。