

記入例

感染症集団発生報告票

- インフルエンザ
 - 新型コロナウイルス感染症
- ※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

臨時休業をする場合は「臨時休業報告票」を提出してください。(この報告票は提出不要です)

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 (看護師)		電話	03-0000-0000						
			FAX	03-0000-0000						
施設名	〇〇ホーム		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	23名 (利用者: 21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 checked="" type="checkbox"/> 発熱 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> おう吐 <input 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	23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						
	検査結果	インフルエンザ A型 10名 B型 名 不明 3名		新型コロナウイルス感染症 10名						
利用者数・職員数の内訳										
施設概要	クラス・フロア	1F	2F	3F	4F	5F	6F	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	10	10	10	10	10	10	60	30	
	発症者数			1	8	7	5	21	2	
	入院者数				1			1		
	死亡者数									
施設区分	<input type="checkbox"/> 保育施設 <input checked="" 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。