

記入例

感染症集団発生報告票(その他疾患)

※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 (看護師)		電 話	03-0000-0000						
			FAX	03-0000-0000						
学校名 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	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。)	☒ 発熱 ☐ 頭痛 ☒ 咳 ☐ 痰 ☐ 咽頭痛 ☐ ぜん息様呼吸 ☐ 腹痛 ☐ 悪心 ☐ おう吐 ☐ 下痢(軟便 水様便 粘液) ☐ 血便 ☐ 神経症状(しびれ 視力異常 けいれん) ☒ その他(発疹 発汗 変色 異臭 めまい 意識障害) ☒ 自由記載(鼻汁)									
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	麻疹								
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				8	5		13	2	
	入院者数				1			1		
	施設区分	☐ 保育施設 ☐ 幼稚園 ☐ 小学校 ☐ 中学校 ☐ 高等学校 ☐ 大学 ☒ 高齢者施設 ☐ 障害者施設 ☐ 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。