インフルエンザ様疾患集団発生報告（施設）

報告年月日：　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 施設種別 | 高齢者入所施設　・　高齢者通所施設障害者入所施設　・　障害者通所施設保育施設　・　医療機関　・　その他の施設 |
| 施設名 |  | 電　話 |  |
| 報告者名 |  | FAX |  |
| メール |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 利用者 | 職員 |
| 在籍者数 | 名　　 | 名　　 |
| 発症者数 | 名　　 | 名　　 |
| 【　確認事項　】必ずご記入ください。・医療機関による確定診断　（　　　　名　）・インフルエンザ様疾患による入院患者　（　　　　　名　）・インフルエンザウイルスの型　（　Ａ型　・　Ｂ型　・　A,B両方　・　不明　）・その他連絡事項　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 報告書に必要事項を記入の上、FAXまたはメールにて送信ください。文京保健所予防対策課感染症対策担当TEL：０３－５８０３－１９６２FAX：０３－５８０３－１９８６Mail：b-kansensyo@city.bunkyo.lg.jp |

**記入例**

インフルエンザ様疾患集団発生報告（施設）

報告年月日：２０＊＊年　＊月　＊日

|  |  |
| --- | --- |
| 施設種別 | 高齢者入所施設　・　高齢者通所施設障害者入所施設　・　障害者通所施設保育施設　・　医療機関　・　その他の施設 |
| 施設名 | 文京保育園 | 電　話 | 03-5803-1962 |
| 報告者名 | 文京　花子 | FAX | 03-5803-1986 |
| メール | b-kansensyo@city.bunkyo.lg.jp |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 利用者 | 職員 |
| 在籍者数 | 100名　　 | 20名　 |
| 発症者数 | 30名　　 | 5名　 |
| 【　確認事項　】必ずご記入ください。・医療機関による確定診断　（　　　15名　）・インフルエンザ様疾患による入院患者　（　　　5名　）・インフルエンザウイルスの型　（　Ａ型　・　Ｂ型　・　A,B両方　・　不明　）・その他連絡事項　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 報告書に必要事項を記入の上、FAXまたはメールにて送信ください。文京保健所予防対策課感染症対策担当TEL：０３－５８０３－１９６２FAX：０３－５８０３－１９８６Mail：b-kansensyo@city.bunkyo.lg.jp |

※黄色マーカー部分に発生情報を入力してください。

※該当するものに**〇**をつけてください。