麻しん・風しん施設別集団状況報告様式

報告年月日：　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 施設種別 | 大学　・　短期大学　・　専門,専修学校高等専門学校　・　高等学校　・　中学校　・　小学校幼稚園　・　保育園　・　特別支援学校　・　医療機関企業等　・　その他 |
| 施設名 |  | 電　話 |  |
| 報告者名 |  | FAX |  |
| メール |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設総人数(利用者と職員の合計を記入してください) | 名 | 患者ワクチン接種歴 | あり | 名　 |
| 患者数 | 名 | なし | 名　 |
| 初発例の発症日 | / | 不明 | 名　 |
| 初発例の発生届受理日（情報がありましたらご記入ください） | / | 臨時休業の種別 | 休校・学年閉鎖・学級閉鎖 |
| 最終/最新の症例の発症日 | / | 閉鎖期間 | /　　～　　/ |
| 備考社会福祉施設や学校の場合は、備考欄へ患者数の利用者・職員の内訳が分かるようにご記入下さい。 | 施設 | 利用者数：　　名、職員数：　　名 |
| 学校 | 在籍者数：　　名、欠席者数：　　名、罹患登校者数：　　名職員数：　　名、患者職員数：　　名 |
| 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 |

麻しん・風しん施設別集団状況報告様式

**記入例**

報告年月日：２０＊＊年　＊月　＊日

|  |  |
| --- | --- |
| 施設種別 | 大学　・　短期大学　・　専門,専修学校高等専門学校　・　高等学校　・　中学校　・　小学校幼稚園　・　保育園　・　特別支援学校　・　医療機関企業等　・　その他 |
| 施設名 | 文京中学校 | 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 |

利用者と職員の合計人数を記入してください

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設総人数(利用者と職員の合計を記入してください) | 　330　名 | 患者ワクチン接種歴 | あり | 　７　名　 |
| 患者数 | 　10　名 | なし | 　３　名　 |
| 初発例の発症日 | 9/10 | 不明 | 　０　名　 |
| 初発例の発生届受理日（情報がありましたらご記入ください） | 9/11 | 臨時休業の種別 | 休校・学年閉鎖・学級閉鎖 |
| 最終/最新の症例の発症日 | 9/20 | 閉鎖期間 | 9/13　～　9/22 |
| 備考社会福祉施設や学校の場合は、備考欄へ患者数の利用者・職員の内訳が分かるようにご記入下さい。 | 施設 | 利用者数：　　名、職員数：　　名 |
| 学校 | 在籍者数：300名、欠席者数：１０名、罹患登校者数：　２名職員数：３０名、患者職員数：　２名 |
| その他連絡事項 | 患者のうち１名は担任の先生、１名は施設職員 |

※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。

|  |
| --- |
| 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 |