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：０３－５８０３－１９６２  FAX：０３－５８０３－１９８６  Mail：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：０３－５８０３－１９６２  FAX：０３－５８０３－１９８６  Mail：b-kansensyo@city.bunkyo.lg.jp |