

感染症（インフルエンザ含む）・食中毒 疑い発生状況連絡票

連絡日時：令和 年 月 日 時

◎2重枠の中の項目は、初回報告以降は省略も可能です。

施設名		連絡者氏名	
-----	--	-------	--

住所	区	電話番号		FAX番号	
施設Email *任意		嘱託医		TEL:	
利用者数	人	職員数	人	給食等	<input type="checkbox"/> 施設内調理 <input type="checkbox"/> 施設外調理 <input type="checkbox"/> なし

◎感染拡大防止のため、感染症や食中毒、またはそれらが疑われる人が1週間に2人以上発生した場合や、特に施設長が報告を必要と認めた場合には、わかる範囲で記入し、速やかに連絡をお願いします。

おもな症状	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 発疹・皮膚の異常 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
受診状況	受診者数	名 (うち入院者名)	診断名 検査結果	*診断がついている人があれば記入してください	
直近の行事 集団活動等	活動内容や日時、参加者等				

●初発日以降、日ごとの新たな有症者数を記入してください。（その日の有症状者の総数ではありません）

	初発日 月 日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
利用者														
職員														

その他連絡事項等（実施している対応や困っていることなど、感染の広がりかたや症状の特徴など）

情報伝達ルート ⇒ 各施設 ⇒ 市所管課

保健センター（区子ども保健係）衛生監視事務所（食中毒）⇒ 保健所保健課

保健センター記入欄	初回	・	継続	・	終了	訪問	/	/	電話	/	/	/	/
-----------	----	---	----	---	----	----	---	---	----	---	---	---	---