

インフルエンザ ・ 新型コロナウイルス感染症※ 患者発生報告書(新規・継続)

※上記について、当てはまる病原体いずれかに○をつけて報告してください。

盛岡市保健所 行 (FAX:019-654-5665)

(ふりがな) 施設名			(ふりがな) 施設長氏名			
所在地			Tel :			
			担当者名・職名 :			
罹患者発生状況	入所者		通所者		職員	
在籍者数	人		人		人	
罹患者数 (月 日現在)	人		人		人	
予防接種実施者数 (R4.9月以降)	人		人		人	
主な症状 (該当部分に○印)	熱 (°C)、頭痛、腹痛、下痢、咽頭痛、鼻水、咳 その他 ()					
罹患者が顕著 になった時期	月 日から		罹患者 人			
重症者 (入院・死亡)者	死亡	男・女	年齢	歳	死亡時の状況	入院中・入所中・その他
	入院	男・女	年齢	歳	入院時期	月 日～ 月 日(予定)
		男・女	年齢	歳	入院時期	月 日～ 月 日(予定)
重症者の状況 (該当部分に○印)	熱 (°C)、腹痛、下痢、肺炎併発、その他 () <input type="checkbox"/> 重症化 <input type="checkbox"/> 快方に向かう					
直近の 予防接種実施状況	回目	年 月 日	実施	費用状況	・個人負担 ・措置費(運営費)等	
	回目	年 月 日	実施	費用状況	・個人負担 ・措置費(運営費)等	
その他 特記事項	○罹患者数は、増加・減少 傾向 (該当部分に○印) ○インフルエンザウイルスの型 A型 B型 不明 ○新型コロナウイルス感染症陽性者 人 ○発症10日以内の海外渡航者 本人()人 家族()人					
嘱託医名						

注1 罹患者数が施設利用者数の10名以上または全利用者の半数以上を超えた場合に、報告すること。

2 死亡者については、施設から医療機関へ入院した後に死亡した者も含めること。

3 罹患者数については、医療機関への入院のため施設を退所した者も含めること。

4 インフルエンザウイルスの型(A型、B型)及び新型コロナウイルス感染症陽性の情報が得られたときは、「その他」の欄にその旨記載すること。

5 「発症10日以内の海外渡航者」については、確認できる範囲で記入すること。