

インフルエンザ患者発生報告書(新規、継続)

盛岡市保健所 御中 (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 :		
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 (R1.9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						
予防接種の 実施状況	1回目	年 月 日	実施	費用状況	・個人負担 ・措置費(運営費)等		
	2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 ○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(入院または通所)のおおむね 1割を超えた場合に、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)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。