

インフルエンザ集団発生報告書

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 :	
クラス	クラス名数	在籍数 (A)	(A)のうち インフルエンザまたはインフルエンザ様疾患罹患患者数 (B)	(B)のうち 欠席者数 (C)	主な症状 (該当部分に○印)	
0 歳児					熱( °C)、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他( )	
1 歳児					熱( °C)、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他( )	
2 歳児					熱( °C)、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他( )	
3 歳児					熱( °C)、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他( )	
4 歳児					熱( °C)、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他( )	
5 歳児					熱( °C)、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他( )	
計						
職員					熱( °C)、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他( )	
インフルエンザ様疾患による入院者 (重症者)		歳児 人 入院時期 月 日 ~ 月 日 (予定)			症状 (具体的に記入のこと)	
その他特記事項		<input type="checkbox"/> 罹患者数は、増加・減少 傾向 (該当部分に○印) <input type="checkbox"/> インフルエンザウイルスの型 A型 B型 不明 <input type="checkbox"/> 発症10日以内の海外渡航者 本人( )人 家族( )人				

※感染拡大防止対策チェックリスト (様式 6) と一緒に提出ください。

<報告基準>

- ・インフルエンザによる死亡者が発生した場合
- ・インフルエンザによる入院患者が7日間に2名以上発生した場合
- ・インフルエンザまたはインフルエンザ様疾患 (38°C以上の発熱および鼻汁、咽頭痛、咳) 患者が7日間に10名以上または全利用者の半数以上発生した場合
- ・インフルエンザの集団感染が疑われ、施設長が報告を必要と認めた場合