

インフルエンザ患者発生報告書(新規, 継続)

盛岡市保健所 (FAX:019-654-5665) 御中

(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年10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。