

## 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)<br>施 設 名       |                                                                                                              |     |     |   | (ふりがな)<br>施設長氏名    |                     |  |
| 所 在 地                 |                                                                                                              |     |     |   | Tel :<br>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<br>( 月 日現在)      | 人                                                                                                            |     | 人   |   | 人                  |                     |  |
| 予防接種実施者数<br>(R4.9月以降) | 人                                                                                                            |     | 人   |   | 人                  |                     |  |
| 主な症状<br>(該当部分に○印)     | 熱 ( °C )、頭痛、腹痛、下痢、咽頭痛、鼻水、咳<br>その他 ( )                                                                        |     |     |   |                    |                     |  |
| 罹患者が顕著<br>になった時期      | 月 日から 罹患者 人                                                                                                  |     |     |   |                    |                     |  |
| 重 症 者<br>(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<br>(該当部分に○印)   | 熱 ( °C )、腹痛、下痢、肺炎併発、その他 ( )<br><input type="checkbox"/> 重症化 <input type="checkbox"/> 快方に向かう                  |     |     |   |                    |                     |  |
| 直近の<br>予防接種実施状況       | 回目 年 月 日実施                                                                                                   |     |     |   | 費用状況               | ・個人負担<br>・措置費(運営費)等 |  |
|                       | 回目 年 月 日実施                                                                                                   |     |     |   | 費用状況               | ・個人負担<br>・措置費(運営費)等 |  |
| その他<br>特記事項           | ○罹患者数は、増加・減少 傾向 (該当部分に○印)<br>○インフルエンザウイルスの型 A 型 B 型 不明<br>○新型コロナウイルス感染症陽性者 人<br>○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。