

保健所・支所「感染性胃腸炎・インフルエンザ等の集団発生疑い事例」の連絡票

連絡票送信日時： 年 月 日 (時)	保健所受付日時： 年 月 日 (時)
----------------------	----------------------

I 所属等	①施設名： _____	②施設種類： _____	
	③施設住所： _____	④電話番号： _____	⑤FAX番号： _____
	⑥報告者氏名： _____	(職名： _____ 職種 _____)	
	⑦感染対策責任者氏名： _____	(職名： _____ 職種 _____)	

II 施設概要	①入所者数： (定員： _____)	②短期入所者数： (定員： _____)	③通所者数： (定員： _____)	
	④職員数： _____	⑤再掲)職員の職種及び人数		
	⑤給食の有無： 有 ・ 無	⑥提供食数： _____	⑦調理員数： _____	
	⑧嘱託医師所属医療機関名： _____ (医師名： _____) (電話： _____)			

III 感染症(疑い含む)発生及び対応状況	①初発患者発生日： 年 月 日 (曜日).....本日(日目)	
	②初発患者情報： 年齢() 性別() 既往症()	
	③初発患者の症状等(症状や時期について具体的に記入してください)	
	④重症者の有無 有 ・ 無	⑤重症者の状況(受診や入院等について、わかる範囲で記入してください)
	⑥初発日から報告日までの発症者数(疑い事例含む)	
	入所者： _____ 人 短期入所者： _____ 人 通所者： _____ 人	
	職員： _____ 人(再掲:職員のうち調理員 _____ 人)	
	⑦発症者の状況(疑い含む)....症状や時期について具体的に記入してください	
	特記事項： _____	入院患者数： _____
	⑧受診状況....受診の有無や医療機関名を記入してください	
⑨検査実施の有無...嘱託医や受診医療機関での検査等について記入ください		
検査： 有 ・ 無		
1)検査日： _____ 検査結果： _____		
2)検査日： _____ 検査結果： _____		
⑩施設での感染防止対策の実施状況		