

(感染性胃腸炎 ノロ・ロタウイルス等)

票 察 観 康 健 兒 園

施設名:

電話番号:

担当者名：

※症状があれば、数字を記入してください(1:吐き気 2:嘔吐 3:下痢 4:腹痛 5:発熱 6:その他)

※感染症に関する、入院等があれば、記入してください

初発日を入力 ↓ ⇒ 1月1日以降の水色セルは、日付は自動で入力されるので操作不要です

【送付先】岡山県美作保健所 保健課  
E-mail : mima-hoken@pref.okayama.lg.jp  
FAX : 0868-23-6129

(感染性胃腸炎 ノロ・ロタウイルス等)

## 職員健康觀察票

施設名:

電話番号:

担当者名：

※症状があれば、数字を記入してください(1:吐き気 2:嘔吐 3:下痢 4:腹痛 5:発熱 6:その他)

※感染症に関する、入院等があれば、記入してください

初発日を入力 ↓ ⇒ 1月1日以降の水色セルは、日付は自動で入力されるので操作不要です

【送付先】岡山県美作保健所 保健課  
E-mail : mima-hoken@pref.okayama.lg.jp  
FAX : 0868-23-6129