

社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告書

阿蘇保健所長 様

連絡者氏名		連絡日	年 月 日 時
施設名		電話	
		FAX	
施設住所			

発生日時	年 月 日 時				
主な症状	<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 吐気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> その他( )				
発症状況	クラス名 (部屋名) または職員	利用者数	発症者数	重症者数	入院者数
	合計				
	医療機関 受診状況	受診人数	人	診断名	
検査結果					
施設対応 状況	(例) 手洗いの励行、消毒の徹底、健康状況把握、登園自粛 等				
備考					