龍野健康福祉事務所 地域保健課　あて

（Fax ０７９１-６３-９２３４）

**感　染　症　集　団　発　生　報　告**

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施　設　名 |  | 施設種別 |  |
| 施設住所 |  | 定　員 | 入所(院) 　名　通所　　　　名 |
| 電　　話 |  | ＦＡＸ |  |
| 通 報 者 | （役職）　　　　　　　　　　　（氏名） | | |
| ｅｍａｉｌ |  | | |

　　　　　　　※ emailは、当所から調査票等を送信する場合に使用します。

|  |
| --- |
| **感染症名**  　三　類　　腸管出血性大腸菌感染症　　（　Ｏ１５７　・　Ｏ２６　　・Ｏ　　　　　　）  　　　　　　細菌性赤痢　　　 腸チフス　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　 　）  　四　類　　レジオネラ症　　 Ａ型肝炎　　　その他（　　　　　　　　　　　　　 　　）  　五　類　　感染性胃腸炎（ ノロウイルス ・ ロタウイルス ・ 不明　）  　 インフルエンザ（　Ａ型　・　Ｂ型　・　Ｃ型　・　疑い　）  　　　　　　新型コロナウイルス感染症  　その他　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 現時点での有症者数 | 人（うち職員　　　　人、調理員　　　　人） | | | |
| 初発患者の症状出現日 | 月　　　　日頃から（症状　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 医療機関への受診状況 | 受診者　　　　　　　　人（うち、診断が確定した人数　　　　　　人） | | | |
| 重症患者の有無等 | 有 ・ 無 | 入院の有無 | 有 ・ 無 | 有の場合　　　月　　日より |
| 患者の広がり | 限定エリア内　・　１フロア内　・　複数フロアにまたがる | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 主な病状 | 下痢（水様性　・　粘性　・　血便　・　軟便）・　嘔吐　・　腹痛　・　悪心 |
| 発熱（　　　　℃）　・　咳　・　咽頭痛　・　頭痛　・　倦怠感　・　関節痛 |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施 設 医 | 医師名 |  | 医療機関名 |  |
| 電　話 |  | ＦＡＸ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 特記事項 |  |