

## インフルエンザ患者発生報告書(新規、継続)

保健所 御中

(ふりがな) 施 設 名			(ふりがな) 施設長氏名			
所 在 地	TEL (担当者名 )					
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 ( 月 日現在)	人		人		人	
予防接種実施者数 (H28.10月以降)	人		人		人	
主な症状 (該当部分に○印)	熱 ( °C)、頭痛、腹痛、下痢、咽頭痛、鼻水、咳 その他 ( )					
罹患者が顕著 になった時期	月 日から 罹患者 人					
重 症 者 (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 (該当部分に○印)	熱 ( °C)、腹痛、下痢、肺炎併発、その他 ( ) ※重症化 ※快方に向かう					
予防接種の 実施状況	1 回目 年 月 日実施			費用状況	・個人負担 ・措置費(運営費)等	
	2 回目 年 月 日実施			費用状況	・個人負担 ・措置費(運営費)等	
その他 特記事項	○罹患者数は、増加・減少 傾向 (該当部分に○印) ○インフルエンザウイルスの型 A 型 B 型 不明 ○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(入院または通所)のおおむね 1 割を超えた場合に、報告願います。
- 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てください。
- 3 老人保健施設の罹患者数には、医療機関への入院のため施設を退所した者も含めてください。
- 4 インフルエンザウイルスの型(A 型、B 型)の情報が得られたときは、「その他」の欄にその旨記載願います。
- 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願います。