

送信先

杉並保健所 保健予防課感染症係

FAX 番号 3391-1927

杉並区役所 保育課保育支援係

FAX 番号 5307-0688



送信元

施設名

担当者名

電話番号

左記 2箇所に同時送信をお願いします

インフルエンザ様疾患 集団発生報告書

年 月 日

【報告基準】 下の1～4の該当する項目に「○」をつけてください。

- 1 死亡者が発生
- 2 入院患者が7日間に2名以上発生
- 3 7日間に10名以上（小規模施設においては全利用者の半数以上）発生
- 4 インフルエンザの集団発生が疑われ、施設長が報告を必要と認める

※ 月曜日から日曜日までの1週間を単位とした状況を、翌月曜日までに報告してください。

施設在籍者数

利用者

名

職員（パート等含む）

名

	種別（該当に○印）	年齢	発熱かつ呼吸器症状出現日	主な症状	最終利用日	医師の診断日 インフルエンザの診断の有無	病源体 (A型、B型、その他特記事項（陰性、検査中、検査未実施等）
1	利用者 職員		/	熱（ ℃）せき 咽頭痛 鼻汁もしくは鼻閉 その他	/	/ 有・無	
2	利用者 職員		/	熱（ ℃）せき 咽頭痛 鼻汁もしくは鼻閉 その他	/	/ 有・無	
3	利用者 職員		/	熱（ ℃）せき 咽頭痛 鼻汁もしくは鼻閉 その他	/	/ 有・無	
4	利用者 職員		/	熱（ ℃）せき 咽頭痛 鼻汁もしくは鼻閉 その他	/	/ 有・無	
5	利用者 職員		/	熱（ ℃）せき 咽頭痛 鼻汁もしくは鼻閉 その他	/	/ 有・無	

	種別（該当に○印）	年齢	発熱かつ呼吸器症状出現日	主な症状	最終利用日	医師の診断日 インフルエンザの 診断の有無	病源体 (A型、B型、その他特記事項（陰性、検査中、検査未実施等）
6	利用者職員		/	熱（ ℃）せき 咽頭痛 鼻汁もしくは鼻閉 その他	/	/ 有・無	
7	利用者職員		/	熱（ ℃）せき 咽頭痛 鼻汁もしくは鼻閉 その他	/	/ 有・無	
8	利用者職員		/	熱（ ℃）せき 咽頭痛 鼻汁もしくは鼻閉 その他	/	/ 有・無	
9	利用者職員		/	熱（ ℃）せき 咽頭痛 鼻汁もしくは鼻閉 その他	/	/ 有・無	
10	利用者職員		/	熱（ ℃）せき 咽頭痛 鼻汁もしくは鼻閉 その他	/	/ 有・無	
11	利用者職員		/	熱（ ℃）せき 咽頭痛 鼻汁もしくは鼻閉 その他	/	/ 有・無	
12	利用者職員		/	熱（ ℃）せき 咽頭痛 鼻汁もしくは鼻閉 その他	/	/ 有・無	
13	利用者職員		/	熱（ ℃）せき 咽頭痛 鼻汁もしくは鼻閉 その他	/	/ 有・無	
14	利用者職員		/	熱（ ℃）せき 咽頭痛 鼻汁もしくは鼻閉 その他	/	/ 有・無	
15	利用者職員		/	熱（ ℃）せき 咽頭痛 鼻汁もしくは鼻閉 その他	/	/ 有・無	