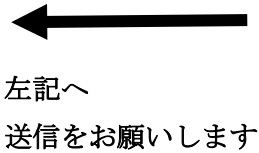


送信先

杉並保健所 保健予防課感染症係
FAX 番号 3391-1927



送信元

施設名
担当者名
電話番号

インフルエンザ様疾患 集団発生報告書

【報告基準】

年 月 日

以下の1～4の該当する項目に「○」をつけてください。

- 1 インフルエンザによる死亡者が発生
 - 2 インフルエンザによる入院患者が7日間に2名以上発生
 - 3 インフルエンザ様疾患患者が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。

保健所名	自治体名	報告日	施設名	施設種別	インフルエンザ発症者		定数または在籍数		病原体
					利用者	職員	利用者	職員	
記入例 杉並	杉並区	12/23	○○保育園	保育施設	22	3	100	45	A型1名 B型2名
杉並	杉並区	1/4	○○苑	介護老人福祉施設(特養)	12	5	100	30	A型1名 B型2名
杉並	杉並区								

【連絡事項】

【問合せ先】 杉並保健所 保健予防課 感染症係 電話03-3391-1025