

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 障害者施策課

FAX 番号 3312-8808

左記 2 箇所に同時
送信をお願いします

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。

インフルエンザ
発症者定数または
在籍数

記入例

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	
杉並	杉並区	12/23	〇〇保育園	保育施設	22	3	100	45	A 型 1 名 B 型 2 名
杉並	杉並区	1/4	〇〇苑	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