

感染症連絡票

<送付先：FAX 03-3987-4178 >
池袋保健所保健予防課 感染症保健指導グループ

感染症の集団発生等が疑われる場合には、下記ご記入ください。発生状況により、保健所の聞き取り調査・訪問調査及び主管課への連絡等ご協力をお願いします。

連絡日	年 月 日
感染症	<input type="checkbox"/> インフルエンザ（A B） <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎（ノロウイルス等） <input type="checkbox"/> 食中毒（疑い含む） <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> その他（ ）
連絡者	氏名： [看護師・施設の長・事務長・その他：] 施設名： 施設住所： 電話： Fax：
施設概要	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 他 利用者数・生徒数（ 名） 職員数（ 名）

発生日時	年 月 日 時
発生場所 (階・クラス)	
発生状況	発生の経過（いつからどのように広がったと考えられるか、簡潔に記載ください） ※日にちや人数の詳細については、次ページの表に記入ください
主な症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状（咳・痰・喘鳴） <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐・嘔気 <input type="checkbox"/> 下痢・軟便・水様便 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 視力異常 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> その他（ ）
重症者	<input type="checkbox"/> 入院（ 名） <input type="checkbox"/> 死亡（ 名）
食事の提供状況	<input type="checkbox"/> 集団給食 （ <input type="checkbox"/> 施設内調理 <input type="checkbox"/> 施設外・関連施設 <input type="checkbox"/> その他 ） <input type="checkbox"/> 弁当 <input type="checkbox"/> 外食 <input type="checkbox"/> 行事調理等 <input type="checkbox"/> 共通の食事なし
最近の行事	最近実施した行事・旅行・プール等 年 月 日（内容： ） 年 月 日（内容： ） 年 月 日（内容： ）

施設の対応	<input type="checkbox"/> 健康観察 <input type="checkbox"/> 消毒・清掃 <input type="checkbox"/> 個室対応 <input type="checkbox"/> 面会制限 <input type="checkbox"/> 学級閉鎖 <input type="checkbox"/> 保護者等への連絡 <input type="checkbox"/> 主管課への連絡 <input type="checkbox"/> その他
-------	---

感染症患者発生状況

<施設名> _____

<報告日>

年

月

日

No.	クラス 階・病棟 患者 職員	氏名 仁シヤル可	性別	年齢	症状（発症日・回数）					受診先 診断名	検査を した場合 検査日	欠席 初日
					発熱	咳	嘔吐	下痢				
例	1歳児 クラス	B. K	女	1	7 / 1	7 / 2	/	/	/	Nクリニック インフルB	7/2	欠
1					/	/	/	/	/			
2					/	/	/	/	/			
3					/	/	/	/	/			
4					/	/	/	/	/			
5					/	/	/	/	/			
6					/	/	/	/	/			
7					/	/	/	/	/			
8					/	/	/	/	/			
9					/	/	/	/	/			
10					/	/	/	/	/			
11					/	/	/	/	/			
12					/	/	/	/	/			
13					/	/	/	/	/			
14					/	/	/	/	/			