

(発生報告様式)

保健所・施設等所管課への報告
(_____ 行き)

鹿児島市感染症対策課

FAX : 803-7026

課

FAX : -

報告者 : _____

| | | |
|------|-------|-----------|
| 施設名 | _____ | 電話 : - - |
| | | FAX : - - |
| 施設住所 | _____ | |

| | |
|------|---------------------------|
| 発生日時 | 令和 年 月 日 (午前 ・ 午後 時頃) |
|------|---------------------------|

※集団感染の1例目の発生日時を記入

| | |
|-----------|---|
| 主な症状 | 発熱、咳、鼻水、咽頭痛、発しん、その他 (_____) (該当する症状を囲んでください) |
| 推定される感染症名 | _____ |

| 発生状況 | 内訳 | 全体数 | 発症者数 | 入院者数 |
|------|---------------------|-----|------|------|
| | 園児 (クラス数 : _____ 組) | | | |
| | 通所者 (デイサービス等) | | | |
| | 職員 (食品取扱者を除く。) | | | |
| | 職員 (食品取扱者のみ) | | | |

| | | |
|------|--------------------|------------|
| 受診状況 | 受診者数 : _____ 人 | 園医 : _____ |
| | 診断 (検査) 結果 : _____ | |

| |
|---|
| その他、特記事項 ◇発生時から報告時まで貴施設内で行っている感染予防対策 ・ ・ ・ ・ ◇新たな発症者の推移 ____月 日 : ____人、____月 日 : ____人、____月 日 : ____人、____月 日 : ____人 ____月 日 : ____人、____月 日 : ____人、____月 日 : ____人、____月 日 : ____人 ◇特に、多く発生しているクラス |
|---|