

施設

インフルエンザ様疾患発生状況報告

報告日

平成 年 月 日

送付先

徳島保健所 疾病対策担当

FAX 088-652-9334

施設名		電話	
所在地		FAX	
施設長名		担当者名	

種別	在籍数		月 日()	月 日()	月 日()	月 日()	月 日()	月 日()	月 日()
入所者		有症状者数							
		新規患者数							
通所者		有症状者数							
		新規患者数							
職員(入所)		有症状者数							
		新規患者数							
職員(通所)		有症状者数							
		新規患者数							
		有症状者数							
		新規患者数							
		有症状者数							
		新規患者数							
計		有症状者数							
		新規患者数							

注1) 報告期間は、初回報告日から1週間(休業日を除く)とし、15時頃までにファクシミリで報告してください。

注2) 「有症状者及び、新規患者数」は、簡易検査の有無や結果に関わらず、医師によりインフルエンザ(A及びB)と診断された者の数を記入。