

幼/保/学校/施設

感染性胃腸炎追跡調査票

徳島保健所疾病対策担当行き FAX 088-652-9334

施設名() 担当者氏名() 電話()

園児・児童・生徒・学生・入所者・職員

報告年月日: 年 月 日

番号	部屋名又は 職種	氏名 (イニシャル)	受診状況 (病院名・診 断名)	年齢	性別	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
						症状								
					男・女									
					男・女									
					男・女									
					男・女									
					男・女									
					男・女									
					男・女									
					男・女									
					男・女									
					男・女									
					男・女									
					男・女									
					男・女									
					男・女									
					男・女									

記入例:「受診状況・診断名」 受診している場合は病院名と診断名をお書きください。「症状」には嘔吐・下痢◎ 嘔吐○ 下痢● 吐気△ 腹痛▲ 発熱× 記号を記入してください
 1.検便結果判明時には、症状記入欄にご記入ください。ノロ/ロタなど
 この用紙は、**散発例が始まった時点から有症者がなくなって3日間経過するまでの状況**をファクシミリで送信してください。送信票は不要です。
 用紙が複数になるときは通し番号とし、終息まで同番号同一人物をお願いします。
 保健所への報告と合わせて園医・校医・施設医への相談報告も合わせて行ってください。