（別紙）

「インフルエンザ様疾患発生報告」

草加保健所　あて

　FAX：０４８－９２５－１５５４　　E-mail：q2515514@pref.saitama.lg.jp

　　　　　　　　　　　　　　施設名：　　　　　　　　　　　　住所：

　　　　　　　　　　　　　　在席数　　名　職員数　　名

１　報告日：令和　　年　　月　　日（　）

２　報告者：

３　連絡先：TEL（　　　―　　　　―　　　　）/　FAX（　　　―　　　　―　　　）

４　状況（記入例を参考に、集団ごとに作成してください）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 発生日 | クラス | クラスの  在籍人数 | 在籍人数の中でインフルエンザ様症状を有する者の人数（新規発生者のみ） | | （参考情報）  検査結果 |
| 児童/利用者 | 職員 |
| （記入例）  ７月１日 | （記入例）  ０歳クラス  １歳クラス | （記入例）３人  １５人 | （記入例）  ２人  ８人 | （記入例）  ３人  １人 | A型（　４人）  B型（　０人）  不明（　６人） |
| 月　日 |  |  |  |  | A型（　　人）  B型（　　人）  　不明（　　人） |
| 月　日 |  |  |  |  | A型（　　人）  B型（　　人）  　不明（　　人） |

【報告について】以下のとおり、１・２の場合にはご報告ください。  
１同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が１０名以上又は全利用者の半数以上の集団発生があった場合

２上記に該当しない場合にも通常の発生動向を上回る感染症の発生が疑われ特に施設長が報告を必要と認めた場合

【注意点】

※　「発生日」は初発の患者確認日を記入してください。

※　「インフルエンザ様症状を有する」とは、３８度以上の発熱かつ急性呼吸器症状（鼻汁もしくは

　　鼻閉、咽頭痛、咳のいずれか１つ以上）を呈した場合をいう。

※　「検査結果」：医療機関等で簡易迅速検査を実施している場合、その結果をわかる範囲でご記入

　　ください。

※　保健所から、詳細等について問い合わせをさせていただく場合があります。