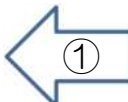
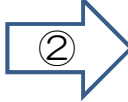


新型コロナウイルス感染症集団発生報告【医療機関用】

- 貴院の入院患者・職員等が7日以内に10名以上の発熱等の症状を確認し、そのうち1名以上が新型コロナウイルス感染症と診断された場合はFAXで報告願います。
- 新型コロナウイルス感染症による死亡者が発生した場合や重症患者（中等症Ⅱ以上）が7日間に2名以上発生した場合は電話にてご連絡ください。

◎下記の②に○をつけたうえ、医療機関名ほか調査事項を記入して下さい

①保健所⇒各医療機関	送信日：	送信枚数：	枚（本紙含む）
②各医療機関⇒保健所	送信日：	送信枚数：	枚（本紙含む）
医療機関名	 	江東区保健所	
連絡者 様		保健予防課感染症対策係	
TEL：		TEL：03-3647-5879	
FAX：		FAX：03-3647-7068	
E-Mail：		E-Mail：230910@city.koto.lg.jp	

＜ 調 査 事 項 ＞

●今回10名に達した集団の1人目の発症日		令和 年 月 日	
発生状況	入院患者数	有症状者数 ※1	有症状者のうち確定診断を受けた患者数 ※2
		人	人
入院患者		(再掲)	
		{ 中等症Ⅱ以上	人
		{ 死亡	人
	職員数	有症状者数 ※1	有症状者のうち確定診断を受けた患者数 ※2
職員	看護師	人	人
	医師	人	人
	その他	人	人
	合計	人	人

※1：37.5℃以上の発熱および鼻汁、咽頭痛、咳がある方の人数
 ※2：医師により新型コロナウイルス感染症と診断された人数

保健所使用欄	
担当	対応日
	/

事業休止等を実施する場合は左記の該当するものに○をしてください	面会制限	新規受け入 中止	その他（ ）
---------------------------------	------	-------------	--------

自由記載欄（報告事項・ご相談・お困りごとなど）

[]