

インフルエンザ集団発生報告【社会福祉施設用】

- 貴施設の利用者・職員等に、7日間で10名以上のインフルエンザ様症状者が確認され、そのうち1名以上がインフルエンザと診断された場合は、FAXで報告願います。
- インフルエンザによる死亡者や、入院患者が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。

◎下記の施設名ほか調査事項を記入して下さい

各施設⇒保健所	送信日：	送信枚数：	枚（本紙含む）
施設名	様	江東区保健所	
連絡者		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
施設医への連絡	未・済 連絡日： 月 日 施設医名（ ）	施設内行事の有無	①これまで：無・有（有は時期と内容を記入）		
所管部署への連絡	未・済 連絡日： 月 日		②今後の予定：無・有（有は時期と内容を記入）		
利用者への通知	未・済 通知日： 月 日 通知方法（ ）				

有症状者数には、診断の有無にかかわらず、インフルエンザ様症状のある方全員の数を記載してください

（有症状者数は、インフルエンザ診断確定者数より多いか同じ数になります）

発生状況	利用区分	所属人数	有症状者数(※1) (診断の有無を問わない)	←のうち、インフルエンザ診断確定者数(※2)	型別内訳(※3)		
					迅速検査A型	迅速検査B型	型不明
利用者	入所者	人	人	人	人	人	人
	通所者	人	人	人	人	人	人
		人	人	人	人	人	人
		人	人	人	人	人	人
	合計	人	人	人	人	人	人
職員	在籍人数	人	人	人	人	人	人

※1：インフルエンザ様症状（発熱および鼻汁、咽頭痛、咳）がある方の人数

※2：医師によりインフルエンザと診断された人数

※3：迅速診断キットで判明した型別の人数

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	通所制限	その他（ ）
---------------------------------	------	------	--------

自由記載欄（報告事項・ご相談・お困りごとなど）