

(様式2)

連絡日 年 月 日

社会福祉施設におけるインフルエンザ集団発生状況連絡票

保健所長 殿

施設名 _____

電話番号 _____

連絡者名 _____

当施設において、下記のとおりインフルエンザ患者が集団発生しましたので連絡します。

記

1 発生状況

(1) 初発患者発生日 平成 年 月 日

(2) 患者数 計 名 (月 日現在)

(3) 発生経過 (新規患者の発生状況)

		初発患者 発生日	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	計
月	日								
患者数									
患者 内訳	職員								
	入所者								
	利用者								
	その他								

2 特記事項

(1) 受診状況、抗インフルエンザウイルス薬の投与状況

(2) ICU管理、人工呼吸器管理を必要とする重症化患者の発生状況

(3) その他