

～ 主管課へもご報告お願いします ～

感染症集団発生報告(社会福祉施設用)

報告年月日:

施設名				施設種別			
所在地				電話番号			
施設長名				報告者名			
診断先、医師等				疾患名			
入所・利用者	総数			職員数	総数		
	患者数				患者数		
	外来点滴加療				外来点滴加療		
	入院患者数				入院患者数		
	ワクチン接種者数				ワクチン接種者数		
時系列発生状況(各日の初発の患者数を記入してください)							
年月日							
入所・利用者の患者数							
職員の患者数							
合計							
その他の報告事項							