送付先　那覇市保健所感染症担当 　FAX(098)853-7966　行（送信票不要）TEL (098)853-7972

主管課へのご報告もお願いします。

感染症集団発生報告（保育園用）

報告年月日：令和　　　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 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 入所者 | 総数 | | | 名 | | 職員数 | | | 総数 | | | | 名 | | |
| 患者数 | | | 名 | | 患者数 | | | | 名 | | |
| 外来点滴加療 | | | 名 | | 外来点滴加療 | | | | 名 | | |
| 入院患者数 | | | 名 | | 入院患者数 | | | | 名 | | |
| ワクチン接種者数 | | | 名 | | ワクチン接種者数 | | | | 名 | | |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  | | 時系列・クラス別発生状況（各日の有症状者数を記入してください） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| クラス名(定数)　 日付 | | | / | | / | | / | | | / | | / | | / | / |
| 組（　 名） | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  |
| 組（　 名） | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  |
| 組（　 名） | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  |
| 組（　 名） | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  |
| 組（　 名） | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  |
| 組（　 名） | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  |
| 職員（　 名） | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  |
| 合計 | | | 名 | | 名 | | 名 | | | 名 | | 名 | | 名 | 名 |

|  |
| --- |
| その他の報告事項 |
|  |