送付先　那覇市保健所感染症担当 　FAX(098)853-7967　行　TEL (098)853-7971

感染症集団発生報告（社会福祉施設用）

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 | |  | | | | | | 疾患名 | | |  | | | |
| 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 | |
| 時系列発生状況（各日の初発患者数を記入してください） | | | | | | | | | | | | | | |
| 初発日以降 | | 月　日 | 月　日 | | 月　日 | | 月　日 | | | 月　日 | | 月　日 | | 月　日 |
| 入所・利用者の発症者数 | | 名 | 名 | | 名 | | 名 | | | 名 | | 名 | | 名 |
| 職員の  発症者数 | | 名 | 名 | | 名 | | 名 | | | 名 | | 名 | | 名 |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の報告事項 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |