

(別紙様式2)

インフルエンザ様疾患集団発生報告書

(平成27年11月改定)

平成 年 月 日報告

施設種別	
施設名	
担当者職氏名	
電話番号	— —
FAX番号	— —

1 り患者の発生状況

(1) 入所施設

期 日	入所者数 A	り患者数 B	り患者の内訳		割合 B/A×100
			入所中	入院中	
平成 年 月 日現在	人	人	人	人	%

(2) 通所施設

期 日	通所者数 A	り患者数 B	り患者の内訳		割合 B/A×100
			通所中	欠席	
平成 年 月 日現在	人	人	人	人	%

2 死亡者の発生状況

番号	年齢	り患時期	入院月日	入院先	死亡年月日	症状、経過等
1	歳	年 月 日頃	年 月 日		年 月 日	
2	歳	年 月 日頃	年 月 日		年 月 日	

3 重症者の発生状況

番号	年齢	り患時期	入院月日	入院先	症状、経過等
1	歳	年 月 日頃	年 月 日		
2	歳	年 月 日頃	年 月 日		

- ◎ 次のいずれかの状況にあてはまる場合に、報告願います。
- インフルエンザ様疾患による死亡者又は重篤患者が1週間以内に2名以上発生した場合
 - インフルエンザ様疾患患者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合

※ 別添の「記載上の留意事項」により、整理してください。