

回目報告

(発生報告様式・別紙1)

保健所・施設等所管課への報告
(_____ 行き)

鹿児島市保健所 感染症対策係
FAX : 803-7026
課
FAX : -

報告日： 令和 年 月 日

報告者：

施設名		電話： - -
		FAX : - -
施設住所		

発生日時 令和 年 月 日
(午前・午後 時頃)

※集団感染の1例目の発生日時を記入

主な症状	発熱、咳、鼻水、咽頭痛、発しん、その他 (_____) (該当する症状を囲んでください)
推定される感染症名	

発生状況	内訳	全体数	発症者数	入院者数
	園児 (クラス数： _____ 組)			
	通所者 (デイサービス等)			
	職員 (食品取扱者を除く。)			
	職員 (食品取扱者のみ)			

※集団感染発生後の合計を記入

受診状況	受診者数： _____ 人 園医： _____
	診断 (検査) 結果： _____

その他、特記事項

◇発生時から報告時まで貴施設内で行っている感染予防対策

- ・
- ・
- ・
- ・

◇新たな発症者の推移

____月 ____日： ____人、 ____月 ____日： ____人、 ____月 ____日： ____人、 ____月 ____日： ____人

____月 ____日： ____人、 ____月 ____日： ____人、 ____月 ____日： ____人、 ____月 ____日： ____人

◇特に、多く発生しているクラス