

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)

鹿児島市感染症対策課

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