**（発生報告様式）**

保健所・施設等所管課への報告

鹿児島市感染症対策課

FAX：803-7026

課

FAX： -

（　　　　　　　　　　　行き）

|  |  |
| --- | --- |
| **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） | | |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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に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 |