（発生報告様式）

保健所・施設等所管課への報告
（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿行き）

報告者：		
施設名		電　話：　　－　　－ ＦＡＸ：　　－　　－
施設住所		

発生日時	平成　　年　　月　　日 （ 午前 ・ 午後　　時頃）

主な症状	おう吐　　吐き気　　下痢　　腹痛　　発熱　　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	

	内訳	全体数	有症状者数	重篤者数
発生状況	入所者			
	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	受診人数：　　人	医療機関名：
	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た感染予防対策などをご記入ください。）