

感染症連絡票

* 保健所(FAX:5273-3820)へFAXして下さい

連絡者氏名	氏名		連絡日	年 月 日 時	
施設名	(正式名称)		電話	- -	
			FAX	- -	
施設住所	新宿区				
発生場所			発生日時	年 月 日 時	
発症者数	利用者、職員、クラス、階別など詳細が分かれば記載。				
重症度	入院()名、危篤()名、死亡()名				
主な症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状(咳、痰、喘鳴) <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐・悪心 <input type="checkbox"/> 下痢(軟便、水様便、粘液) <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 神経症状(しびれ、視力異常、複視、けいれん) <input type="checkbox"/> その他				
受診状況	受診人数	人	医療機関名		
	検査結果				
喫食状況	<input type="checkbox"/> 給食		最近実施した行事・旅行・プール等	月 日	内容
	→ <input type="checkbox"/> 施設内調理 <input type="checkbox"/> 施設外・関連施設				
	<input type="checkbox"/> 弁当 <input type="checkbox"/> 外食				
	<input type="checkbox"/> 残食有				

集団発生時は、主管課への連絡と同時に、この票を保健所へ送ってください

送付先

新宿区保健所 保健予防課 保健相談係
電話:5273-3862 FAX:5273-3820