

送付先 新宿区保健所 FAX 03-5273-3820 行

様式3

平成29年9月1日～

インフルエンザ様疾患発生報告（社会福祉施設等用）

送付年月日：平成 年 月 日

以下の基準を満たした場合、報告をお願い致します。

- 1 インフルエンザによる死亡者が発生した場合
- 2 インフルエンザによる入院患者が7日間に2名以上発生した場合
- 3 インフルエンザ様疾患患者が7日間に10名以上又は全利用者の半数以上が発生した場合
- 4 上記に該当しないが、インフルエンザの集団発生が疑われ、施設長が必要と認めた場合

*インフルエンザ様症状とは38度以上の発熱かつ急性呼吸器症状（鼻汁もしくは鼻閉、咽頭痛、咳のいずれか1つ以上）を呈した場合をいいます。

報告元	
施設名：（ ）	報告者名：（ ）
電話：（ ）	FAX：（ ）

発生状況			
発生探知日時： 年 月 日 時		発生場所（例：クラス、所属名等）：	
初発患者と思われる人の状況：発症日 月 日（ ）		診断日 月 日（ ）	
	利用者数	職員数	
全体数	名	名	
インフルエンザ様症状者数	名	名	
インフルエンザと診断された者の数 （迅速診断キット陽性者数）	名 （ 名 ）	名 （ 名 ）	
入院を要した者の人数	名	名	
備考（発生後の施設の対応など）			

	①	②	③
学級閉鎖・学年閉鎖・休園			
在籍者数	名	名	名
インフルエンザ様症状による 欠席者数	名	名	名
閉鎖期間	／ ～ ／	／ ～ ／	／ ～ ／

<問合せ先>新宿区保健所 保健予防課 電話03-5273-3862