

感染症連絡票

* 保健所(FAX:5273-3820)へFAXをお願いいたします。

連絡日 年 月 日

施設名	(正式名称)		連絡者	氏名	
			電話		
住所			メール		
在籍者数	利用者	名、	職員	名	利用者
発生場所					
			発症者数	(うち、入院	
				名、死亡	
診断・症状	【主な診断名】: 発熱 呼吸器症状 咽頭痛 腹痛 嘔吐 下痢 発疹 その他()				
発生状況・発症者数	【発症日・クラス・フロア・人数・診断名等】 日付、職員、利用者、クラス、フロア別など 詳細が分かれば記載				
喫食状況	給食(施設内調理 施設外・関連施設) 弁当 外食				
最近実施した 行事・旅行・ プール等	月 日	内 容		月 日	内 容

* この連絡票を保健所へ送付いただくと同時に、各施設の所管課へのご連絡もお願いいたします *

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