

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	発症者数	利用者 名、職員 名	
発生場所			(うち、入院 名、死亡 名)	
診断 ・ 症状	<p>[主な診断名]:</p> <p>発熱 呼吸器症状 咽頭痛 腹痛 嘔吐 下痢 発疹 その他()</p>			
発生状況 ・ 発症者数 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	[発症日・クラス・フロア・人数・診断名等]			
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