あて先　　船橋市保健所　健康危機対策課

**様式１**

**FAX番号　０４７―４０９－６３０１**／　　**電話番号　０４７－４０９－２８６７**

**メールアドレス　kenkokikitaisaku@city.funabashi.lg.jp**

**感染症（疑い）発生連絡票（第1報のみ使用）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 報告日 | 年　　　　月　　　　日　　　　時　　　分 | | |
| 施設名  (施設種別) |  | | |
| 住所 |  | | |
| 電話 |  | FAX |  |
| メールアドレス |  | | |
| 担当者名 | (職種) | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 定員 | 報告日までの  発症者数 | 受診者数 | 重症・入院者数 |
|  |  |  |  |  |
| 園児、児童  入所者等数 |  |  |  |  |
| 職員数 |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 推測される  発症時期 | 年　　　　　月　　　　日　　　　　時頃 |
| 発症者の  主な症状 | 熱 ・ 吐き気 ・ おう吐 ・ 下痢 ・ 腹痛 ・ 咳 ・ 咽頭痛 ・ 発疹  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 重症者 | なし　・　あり（病状　　　　　　　　　 　　　　　　　　　） |
| 検査実施状況 |  |
| 診断結果 |  |
| 医療機関名 | （医師名） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 給食 | なし ・ あり | 施設内調理 ・ 施設外調理（　　　 　　　　　　　） |
| 共有スペースでのおう吐　有・無  （有→日時：　　　　場所：　　　　　　　　　　　） | | |

|  |  |
| --- | --- |
| その他  連絡事項 |  |

**○FAXまたはメール送信後、必ず電話をお願いします。**

**○別紙発生状況報告用紙の添付をお願いします。**

**○下記の準備をお願いします。**

・施設見取り図

・給食献立表（発生探知日から2週間前からのもの）

・行事日程、内容（発生探知日から2週間前からのもの）

・職員の勤務表（発生探知日から2週間前からのもの）