

初 ・ 再

第 号

発 生 報 告

報 告 日	年 月 日				
施 設 名		在 籍 数	利 用 者		計 名
施 設 長			職 員		
所 在 地			そ の 他		
連絡者名 及び電話					
初発患者発生日	年 月 日				
集団発生確認日	年 月 日				
診断名					
症 状	1 38℃を超える発熱 2 頭 痛 3 咳 4 咽頭痛 5 嘔吐 6 腹痛 7 下痢 8 倦怠感 9 その他()				
感染者数	利用者 名 職員 名 (うち入院 名 死亡 名)				
感染疑い	利用者 名 職員 名				
発 生 状 況	(経過・考えられるルートなど)				