**感　染　症　連　絡　票**

＜送付先：FAX　**０３-３９８７-４１７８**＞

池袋保健所保健予防課　感染症保健指導グループ　宛

感染症の集団発生等が疑われる場合には、下記ご記入ください。発生状況により、

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡日 | 　　年　　　月　　　日　 |
| 感染症 | □インフルエンザ（Ａ　Ｂ）　　　　□新型コロナウイルス感染症□感染性胃腸炎（ノロウイルス等）　□食中毒（疑い含む）□麻しん・風しん　　　□水痘　　　□疥癬　　□その他（　　　　　　　　　　） |
| 連絡者 | 氏名：　　　　　　　　　　　　[看護師・施設の長・事務長・その他：　　　　　　] 　施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 施設住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話：　　　　　　　　　　　　Fax： |
| 施設概要 | □医療機関　　□学校　　□介護施設　　□保育園　　□障害者　　□他　利用者数・生徒数（　　　　　　名）　職員数（　　　　　　名） |

保健所の聞き取り調査・訪問調査及び主管課への連絡等ご協力お願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 発生日時 | 　　　　　年　　　月　　　日　　 　時 |
| 発生場所（階・クラス） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 発生状況 | 発生の経過（いつからどのように広がったと考えられるか、簡潔に記載ください）※日にちや人数の詳細については、次ページの表に記入ください |
| 主な症状 | □発熱　　□咽頭痛　　　　□呼吸器症状（咳・痰・喘鳴）　□腹痛　　□嘔吐・嘔気　　□下痢・軟便・水様便　　□血便　□しびれ　□視力異常　　　□けいれん　　□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 重症者 | □入院（　　　　　　名）　　□死亡（　　　　名）　 |
| 食事の提供状況 | □集団給食　（□施設内調理　　□施設外・関連施設　　□その他　　　　）□弁当　　　　□外食　　　□行事調理等　　　□共通の食事なし |
| 最近の行事 | 最近実施した行事・旅行・プール等　　年　　月　　日（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　年　　月　　日（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　年　　月　　日（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 施設の対応 | □健康観察　　□消毒・清掃　　□個室対応　　□面会制限　　□学級閉鎖□保護者等への連絡　　□主管課への連絡　　　□その他 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　豊島区池袋保健所　保健予防課　感染症保健指導グループ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：03-3987-4182　　Fax：03-3987-4178

感染症患者発生状況

＜施設名＞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜報告日＞　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | クラス階・病棟患者職員 | 氏名ｲﾆｼｬﾙ可 | 性別 | 年齢 | 症状（発症日・回数） | 受診先診断名 | 検査をした場合検査日 | 欠席初日 |
| 発熱 | 咳 | 嘔吐 | 下痢 |  |
| 例 | 1歳児クラス | B.K | 女 | １ | 71 | 72 |  |  |  | NクリニックｲﾝﾌﾙB  | 7/2 | 欠 |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |