**【送信先】**

鳥取県中部総合事務所 倉吉保健所 医薬・感染症対策課　行き

**ＦＡＸ　０８５８－２３－４８０３** （送信票 不要）

**【経過票】感染症の集団発生について**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施 設 名 |  | 記入者 |  |
| 電話番号 |  |

**①報告日における有症状者数（回復した人を除く）、②報告日に新規発生した患者数、**

**③報告日に新規重症者数は、以下のとおりです。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 利用者等・職員 |  |  |  |  |  | **合　計** |
| 報告日 | 在籍者数 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 月　日 | 曜日 | ①有症状者 |  |  |  |  |  |  |
| ②新規患者 |  |  |  |  |  |  |
| ③新規重症者 |  |  |  |  |  |  |
| 月　日 | 曜日 | ①有症状者 |  |  |  |  |  |  |
| ②新規患者 |  |  |  |  |  |  |
| ③新規重症者 |  |  |  |  |  |  |
| 月　日 | 曜日 | ①有症状者 |  |  |  |  |  |  |
| ②新規患者 |  |  |  |  |  |  |
| ③新規重症者 |  |  |  |  |  |  |
| 月　日 | 曜日 | ①有症状者 |  |  |  |  |  |  |
| ②新規患者 |  |  |  |  |  |  |
| ③新規重症者 |  |  |  |  |  |  |
| 月　日 | 曜日 | ①有症状者 |  |  |  |  |  |  |
| ②新規患者 |  |  |  |  |  |  |
| ③新規重症者 |  |  |  |  |  |  |
| 月　日 | 曜日 | ①有症状者 |  |  |  |  |  |  |
| ②新規患者 |  |  |  |  |  |  |
| ③新規重症者 |  |  |  |  |  |  |
| 月　日 | 曜日 | ①有症状者 |  |  |  |  |  |  |
| ②新規患者 |  |  |  |  |  |  |
| ③新規重症者 |  |  |  |  |  |  |

**・原則毎日、ファクシミリでの報告をお願いします。**

**・終息が見込まれた段階で、保健所より報告の終了について御連絡します。**