記 載 例

**【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 | 医療法人○○　　□□病院 | 記入者 | ○○　○○ |
| 電話番号 | 0858－△△－△△△△ |

**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報告日に新規発生した重症者数は、以下のとおりです。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 利用者等・職員 | ２階病棟  患者 | ２階病棟  職員 | ３階病棟  患者 | ３階病棟  職員 |  | **合　計** |
| 報告日 | | 在籍者数 | ３５名 | ２０名 | ２０名 | １７名 | 名 | ９２名 |
| 10月15日 | 火  曜日 | ①有症状者 | ５ | ２ | ２ | １ |  | １０ |
| ②新規患者 | ２ | １ | ０ | １ |  | ４ |
| ③新規重症者 | ０ | ０ | ０ | ０ |  | ０ |
| 10月16日 | 水  曜日 | ①有症状者 | ６ | ２ | ２ | １ |  | １１ |
| ②新規患者 | １ | ０ | ０ | ０ |  | １ |
| ③新規重症者 | ０ | ０ | ０ | ０ |  | ０ |
| 10月17日 | 木  曜日 | ①有症状者 | ５ | １ | ０ | １ |  | ７ |
| ②新規患者 | ０  ０ | ０ | ０ | ０ |  | ０ |
| ③新規重症者 | ０ | ０ | ０ | ０ |  | ０ |
| 月　日 | 曜日 | ①有症状者 |  |  |  |  |  |  |
| ②新規患者 |  |  |  | 列ごとに所属（病棟やユニット、クラス等）や  利用者・園児・職員等を分けて御記入ください。 |  |  |
| 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、ファクシミリでの御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。**