

記載例

別記様式2 (クラスターサーベイランス用)

インフルエンザ様患者集団発生届出票			
1	施設名	○○	TEL
2	施設所在地	*この届出は、7日以内に10名以上のインフルエンザ様症状の患者が発生した場合は、速やかに保健所に提出してください。	
3	施設長名		
4	施設在籍者数	入所者数： 名(男 名、女 名) 通所者数： 105名(男 53名、女 52名) 職員数： 35名(男 10名、女 25名)	
5	患者数	入所者数： 名(男 名、女 名) 通所者数： 10名(男 6名、女 4名) 職員数： 名(男 名、女 名)	
6	発生月日ごとの患者数	10月 12日 4名(男 2名、女 2名) 10月 14日 6名(男 4名、女 2名) 月 日 名(男 名、女 名) 月 日 名(男 名、女 名) 月 日 名(男 名、女 名) 月 日 名(男 名、女 名)	
7	主症状	発熱、咳、咽頭痛、下痢	
8	備考		
届出所属名		届出者氏名	○○ ◆◆
受理年月日		受理者氏名	□□保健所 △△