感染症当事者一覧表 （様式６ ）

疾病名 《インフルエンザ・感染性胃腸炎（ノロウイルス等）、結核、疥癬、その他（　　）》

発生後　1週目　2週目　3週目　4週目　（　）週　　※一枚1週間分として使用してください

該当する項目に○等をつけてください

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿　担当者名＿＿＿＿　電話＿＿＿＿＿　利用者総数＿＿名　職員総数＿＿名

氏名	利用者	職員	性別	年齢	既往症	発症日時	診断日	診断型（インフルのみ）	経過・症状（発熱・嘔吐・下痢・腹痛、受診・入院・退院・完治・死亡等）							備考
									月／　日	／	／	／	／	／	／	
練馬　太郎	○		男	80	糖尿病	12/15	12/16	A	9時38.8℃ 受診、診断	6時37.5℃ 18時36.5℃						A型インフルエンザと診断 ○/○～○/○咳症状有り

＊福祉事務所へ郵送またはご持参ください。

＊この様式は、総合福祉事務所、保健所、介護保険課と共有します。