様式4-1

インフルエンザ様疾患患者発生報告書

 　　　　　　　年　　月　　日

（あて先）岐阜市長

 施　設　種　別

|  |
| --- |
|  |

 施設名

|  |
| --- |
|  |

 施設長(代表者)名

|  |
| --- |
|  |

 所　　在　　地

|  |
| --- |
|  |

　施設利用者数 　　　　　　　　人

|  |
| --- |
|  |

＜発生の状況＞　　　　　　　　　　　※報告基準　ア・イ・ウ　該当（いずれか○を付ける）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | 利用者 | 職　員 | 計 |
| 有症者数累計（治癒者を含む） |  |  |  |
| 1 | 施設利用者及び職員のうちインフルエンザ様疾患の症状のある者 |  |  |  |
| 2 | 1のうち治療中の者 |  |  |  |
| 3 | 2のうち現在、インフルエンザ様疾患で医療機関に入院している者 |  |  |  |
| 4 | 3のうち重篤患者数 |  |  |  |

＜報告対象等＞

・施設利用者からインフルエンザ様疾患患者が発生した場合に、日ごとの経過記録を添付してください。（「参考様式」参照）

・報告対象者は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に基づく「医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準」の患者（確定例）に該当する患者とします。

・重篤患者とは、医療機関に入院し、治療のためＩＣＵに入っているか人工呼吸器を装着する等の治療が必要な患者を指す。

　　 《報告者》

|  |  |
| --- | --- |
|  氏 名 |  |
|  ＴＥＬ |  |
|  ＦＡＸ |  |