

感染症(疑い)発生連絡票

連絡日 令和 年 月 日

医療機関名			
所在地			
連絡者 職・氏名		連絡先	
病棟名			
入院患者数	名	職員数	名

概要 感染拡大防止のため、早期に、連絡をお願いします。

有症状者数	月 日から 延有症状者 名		
主な症状	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> おう吐 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 発疹、皮膚の異常 <input type="checkbox"/> その他 ()		
治療状況	投薬状況：	医療機関 診断名 検査結果等	*インフルエンザの場合は A型B型わかれば記入

発生状況 *発生初日から毎日の新たな発症者数のみを記入してください。

発症日	/	/	/	/	/	/	/	合計
入院患者	名	名	名	名	名	名	名	名
職員	名	名	名	名	名	名	名	名

連絡時の対応状況		
1. 患者の隔離	有	無
2. 職員への周知	有	無
3. 病棟の閉鎖	有	無
4. 入院家族等面会者へのお知らせ掲示	有	無
5. 感染対策委員会での検討	有	無
6. 予防内服(インフルエンザの場合)	有	無