

(別紙様式2)

## インフルエンザ様疾患集団発生報告書

令和 年 月 日報告

施設種別	
施設名	
担当者職氏名	
電話番号	— —
FAX番号	— —

### 1 患者の発生状況

#### (1) 入所施設

期 日	入所者数 A	り患者数 B	り患者の内訳		割合 B/A×100
			入所中	入院中	
令和 年 月 日現在	人	人	人	人	%

#### (2) 通所施設

期 日	通所者数 A	り患者数 B	り患者の内訳		割合 B/A×100
			通所中	欠席	
令和 年 月 日現在	人	人	人	人	%

### 2 死亡者の発生状況

番号	年齢	り患時期	入院月日	入院先	死亡年月日	症状、経過等
1	歳	年 月 日頃	年 月 日		年 月 日	
2	歳	年 月 日頃	年 月 日		年 月 日	

### 3 重症者の発生状況

番号	年齢	り患時期	入院月日	入院先	症状、経過等
1	歳	年 月 日頃	年 月 日		
2	歳	年 月 日頃	年 月 日		

- ◎ 次のいずれかの状況にあてはまる場合に、報告願います。
- インフルエンザ様疾患による死亡者又は重篤患者が1週間以内に2名以上発生した場合
  - インフルエンザ様疾患患者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合

※ 別添の「記載上の留意事項」により、整理してください。

## 記載上の留意事項

注1 「1 日患者の発生状況」の「期日」については、報告を要する状況になった日現在で記載してください。

注2 インフルエンザ様疾患の判断については、医師（嘱託医）等の判断に基づいて整理してください。

なお、「1日患者の内訳」は、次により整理してください。

○入所中：施設内で療養している入所者数（入院せずに通院している者を含む。）

○入院中：インフルエンザ様疾患が原因となって当該施設以外の医療機関等に入院している入所者数

○通所中：通所者のうちインフルエンザ様疾患に罹患している者の数

○欠席：インフルエンザ様疾患が原因で欠席している者の数

注3 「割合」は、小数点第2位を四捨五入してください。