

## インフルエンザ発生状況 連絡票（医療機関）

報告日時 年 月 日

報告者氏名

医療機関名							
所在地 電話・FAX							
職員総数 人				入院患者数 (初発日時点) 人			
発生状況（各日の初発患者数を記入してください）							
初発日 以降	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
職員の 発症者数	人	人	人	人	人	人	人
入院患者 における 発症者数	人	人	人	人	人	人	人
その他報告事項							

医療機関内で、最初の患者発生後7日以内に10名以上のインフルエンザ様症状を有する者が発生した場合、又はインフルエンザによる入院や死亡事例があった場合に迅速に最寄りの保健所に連絡してください。

西宮市保健所 FAX：0798-33-1174