

発生状況連絡票(保育施設)

施設名	連絡者氏名	
	電話番号	
	FAX番号	

診断名 (疑いも含む)	
----------------	--

【 年 月 日】

	在籍数	発生者数 (初回報告以降は新規発生者数)
0歳児	人	人
1歳児	人	人
2歳児	人	人
3歳児	人	人
4歳児	人	人
5歳児	人	人
職員	人	人
計	人	人

※職員についてはパートも全て含む。

★感染性胃腸炎の場合記入

喫食状況	<input type="checkbox"/> 給食⇒ <input type="checkbox"/> 施設内調理 <input type="checkbox"/> 施設外・関連施設調理
	<input type="checkbox"/> 残食あり
	<input type="checkbox"/> 検食あり(原材料・加工後)

★その他特記事項

--

※土日祝日の報告は、重症者がいない場合には、月曜日に各日分をFAXすることも可

〈提出先〉

西宮市保育所事業課 保健指導チーム

TEL:0798-35-3054 FAX:0798-22-9107