

※ FAX等により送付すること。

報告様式

[別 添 (2)]

○発生状況の内容について (第2報)

施 設 名							
F A X 番 号							
報 告 日	年		月		日 () 時 分		
有 症 者 の 概 要	内 訳		入所者数 通所者数	有症者数	死亡者数	重篤者数	備 考
	入 所 者	部 屋 名	人	人	人	人	
	通 所 者						
	職 員						
	*部屋名・職員の状況は階別に記載すること。また、調理従事者は別に記載すること。						
受診状況	受 診 人 数	人	医療機関名				
	検 査 結 果						
給 食	<input type="checkbox"/> 施設内調理 <input type="checkbox"/> 施設外・関連施設			直近の 主な行事			
	残 食	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無				
	検 食	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無				
保存食	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無					
検 体	<input type="checkbox"/> 便 (検体)						
	<input type="checkbox"/> おう吐物 (検体)						
特記事項							