

施設名	担当者
所在地	連絡先☎
	報告日 年 月 日

主な症状に○⇒	インフルエンザ A・B	嘔吐下痢	その他（ ）
---------	-------------	------	--------

発生の状況（新規の発症者数のみ記載）							
	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
職員							
合計人数							

フロアが
分かれて
いれば、
フロアご
とに感染
者数を記
入してく
ださい。

上記のうち、入院した方	いる（ 名） ・ いない
-------------	--------------

嘔吐下痢の場合に記載→	上記職員のうち、調理職員の方	いる ・ いない
-------------	----------------	----------

現在実施している対策（ ）内に具体的に記入

☐ 手洗い（ ）	
☐ うがい（ ）	
☐ 換気（ ）	こまめな換気も大切です
☐ 消毒（ ）	アルコールや塩素消毒をしていますか
☐ 関係者への注意喚起（ ）	
☐ その他（ ）	