インフルエンザ用フェイスシート（高齢者施設・医療機関 向け）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日時 | | 令和　 　年　 　月　 　日（　 　）AM・PM　　　時　　分 | | 電話受 |  |
| 第一報 | 施設 | 施設名（高齢者施設・病院） | | 窓口  担当者 |  |
| 住所　　　〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　 MAIL ：  八尾市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 ：（　　）　　-  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX　：（　　）　　- | | | |
| 定員数  　入所者： 　　　名  　　　　　（ 　）フロア・　　階　　 　 名  　　（　　　）フロア・　　階　　　　 名  　　　　　（　　　）フロア・　　階　　　　 名  　職　員： 　　　名 | | | |
| 内　容 | ①いつから（初発） | 月　　　日（　　　） | | |
| ②発症人数 | 利用者：　　　　名　　　　職員：　　　 名  （うち医療機関で診断：利用者　　 名 ／ 職員　　　名 ／ A型・B型） | | |
| ③発症者の内訳 | 入所者  （ 　）フロア・　階　 　 名  （ 　）フロア・　階　 　 名  職員  （ 　）フロア・　階　　 名  （ 　）フロア・　階　　 名 | | |
| ④経過 | |  |  | | --- | --- | | 把握日 | 所属・最終勤務・発症日・診断日等 | | / |  | | / |  | | / |  | | / |  | | / |  | | / |  | | | |
| ⑤主な症状 | 発熱・頭痛・関節痛・（　　　）　※重症者・入院：有・無 | | |