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 |