FAX送信票　荒川区保健所保健予防課　（3807）1504　　担当（　　）行き

hokenyobou@city.arakawa.lg.jp

報告日：　年　月　日

施設名：

報告者：

FAX：

記入例

＜　有症状者報告　＞　※職員含む

☆胃腸症状のうち「嘔吐」「下痢」「腹痛」がみられた場合には、その症状名を記入してください

☆症状がなくなるまでご記入下さい

No.

No.	クラス フロア等	イニシャル	性別	兄弟関係	検査 診断名	日付	11/26(月)		11/27（火）		11/28（水）		11/29（木）		11/30（金）		12/1（土）		12/2（日）		12/3	
							AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
1	うさぎ（2歳児）	K.I	男		ノロウイルス感染症		腹痛	早退	欠（嘔吐）	感染性胃腸炎診断	欠		登園									
2	りす（1歳児）	G.U	女						欠（腹痛）		欠		登園									
3	らいおん（5歳児）	A.K	男	NO.1兄弟	ノロウイルス感染症					早退（嘔吐）	欠	感染性胃腸炎診断	欠		登園							
4	うさぎ（職員）	T.Y	女								欠（下痢）		感染性胃腸炎診断		登園							
5																						
6								これは、保育園・幼稚園の例です。 学校の場合は、学年・クラスを記入してください。 土日は、登園、通学してから発症していたかどうか確認してください。 その他の施設もこの記入例を参考にフロア・部屋番号をご記入ください。 メールでの送付も可能です。 発生状況により、日付や行を追加して記入してください。													
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						