

# インフルエンザに関する連絡票

西東京市高齢者支援課長 あて

報告年月日          年    月    日

報告者 事業所名

サービス種別

事業者所在地

報告者名

連絡先

1 発症者	利用者・職員	性別	男・女		保険者名 (利用者のみ)	西東京市・          市区
		年齢	歳			
2 発症状況	症状の自覚日時	年 月 日 午前・午後		主症状	発熱(          )°C・咳・鼻汁・鼻閉 その他(          )	
	診断確定前の行動 <small>(発症1~2日前までを目安)</small>	(例: デイサービス利用など)				
	診断結果	診断日	年 月 日		判定結果	A型陽性・A型陰性・B型陽性・B型陰性 その他(          )不明・未実施
	経緯	* 事業所が連絡を受けた日:          月          日 * 治療: 処方( 無・有 → ゾフルーザ・タミフル・イナビル・リレンザ・その他 ) * 自宅療養・入院				
3 対応	対応の概要          * 対応したものについて番号に○をし、特記事項を空欄に記入 該当項目の記載 ①発生状況の把握    ②事業所での感染拡大の防止の強化 ③濃厚接触者の健康管理と必要時の受診勧奨    ④利用者家族への連絡等    ⑤関係機関との連絡・連携 ⑥その他					

1 発症者	利用者・職員	性別	男・女		保険者名 (利用者のみ)	西東京市・          市区
		年齢	歳			
2 発症状況	症状の自覚日時	年 月 日 午前・午後		主症状	発熱(          )°C・咳・鼻汁・鼻閉 その他(          )	
	診断確定前の行動 <small>(発症1~2日前までを目安)</small>	(例: デイサービス利用など)				
	診断結果	診断日	年 月 日		判定結果	A型陽性・A型陰性・B型陽性・B型陰性 その他(          )不明・未実施
	経緯	* 事業所が連絡を受けた日:          月          日 * 治療: 処方( 無・有 → ゾフルーザ・タミフル・イナビル・リレンザ・その他 ) * 自宅療養・入院				
3 対応	対応の概要          * 対応したものについて番号に○をし、特記事項を空欄に記入 該当項目の記載 ①発生状況の把握    ②事業所での感染拡大の防止の強化 ③濃厚接触者の健康管理と必要時の受診勧奨    ④利用者家族への連絡等    ⑤関係機関との連絡・連携 ⑥その他					