

陸前高田市 感染症サーベイランス

平成 23 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

## 【施設名・記入者情報】

米崎 小友 長部 竹駒 二又 鶴浦医院 広田 一中（外来 巡回 小児）

その他 \_\_\_\_\_

記載者 \_\_\_\_\_ 所属 \_\_\_\_\_

## 【診療情報 1：基本診療状況】

外来診療： \_\_\_\_\_ 人 巡回（往診）診療： \_\_\_\_\_ 人

上記のうち 0～4 歳： \_\_\_\_\_ 人 5-14 歳： \_\_\_\_\_ 人

65 歳以上： \_\_\_\_\_ 人

## 【診療情報 2：発熱や感染との関連が疑われる急性症状】

可能なら（ ）で避難所在住者の内訳も記載して下さい

状態・症状	0～4 歳	5 歳以上
消化器症状（下痢・嘔吐・血便など）	人	人
呼吸器症状（上気道炎・インフルエンザ 症状・肺炎など）	人	人
皮膚・粘膜症状（皮膚や口の発疹・出血班など）	人	人
神経・筋症状（意識低下・けいれんなど）	人	人
上記に該当しない高熱や全身状態不良	人	人

次のような重症病態や伝染性の高い疾患が疑われる場合には、患者情報を下記に記載してください。

- 1 . 抗原検査で確認されたロタウイルス・ノロウイルス・インフルエンザウイルス感染症
- 2 . 麻疹・破傷風・細菌性腸炎・A 型肝炎・疥癬などが疑われる場合

	病態	年齢	住所	避難所	自宅
1	_____	_____ 歳	_____		
2	_____	_____ 歳	_____		
3	_____	_____ 歳	_____		
4	_____	_____ 歳	_____		
5	_____	_____ 歳	_____		

集計データは翌朝 8 時 15 分ごろまでに

米崎コミュニティーセンター回収箱へ提出

高田一中 1 階保健室内回収袋に提出

米崎コミュニティーセンター内、高田病院事務担当 (090 4632 \*\*\*\*) まで電話報告してください