

F A X

様式①

麻しん発生報告書

中 部 保健所感染症担当者

※ FAX : 9 3 8 - 9 7 7 9 TEL : 9 3 8 - 9 7 0 1

報告年月日 (令和 年 月 日)

報告者	機関名	
	担当者	
	TEL	
	FAX	

I

患者 I D			
患者イニシャル			
市町村名	性別	男 ・ 女	
保育所・学校名	生年月日	S・H・R	年 月 日

II

麻しんワクチン接種 (母子健康手帳で確認) ※不明の場合は、母子健康手帳で確認して後日報告してください。	
1 有	2 なし
3 不明	
ワクチンメーカー・LOT No.	
接種 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日

III

考えられる 感染源	1 有 ()	2 不明
前医ありの場合	医療機関名 ()	
紹介ありの場合	紹介先 ()	
ウイルス診断用検体	1 有 (全血 ・ 咽頭拭い液 ・ 尿)	2 なし