

宛先 藤沢市保健所 保健予防課

F A X 0 4 6 6 - 2 8 - 2 1 2 1

電 話 0 4 6 6 - 5 0 - 3 5 9 3

(※ F A X送信前に電話連絡をお願いします)

感染症又は食中毒が疑われる際の保健所への連絡・相談用紙

施設名 事業所名		連絡日時	平成 年 月 日 :
連絡者氏名		電話 FAX	
所在地	藤沢市	医療機関名 医師名	
在籍者数 利用者数	人	職員数	人

初発患者 発症日時	平成 年 月 日 () 時 分頃
主な症状	<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> その他()
受診状況	医療機関名・検査結果・診断名等
食事について	<input type="checkbox"/> 施設内調理 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 職員も同じ食事を摂っているか(いる ・ いない)
特記事項	