インフルエンザ様疾患調査表　（社会福祉施設・医療機関用）※新型コロナウイルス感染症を含みます。

令和7年3月改訂版　（様式2-イ）

この調査票は収束まで毎日10時に担当課・倉敷市保健所へ提出。収束目安は、新規発生患者0名が５日間続くまで。収束の判断は保健所がします。
医療機関を受診した結果、集団発生が起きている感染症ではないと診断された場合には報告対象外となります。　◎送付状不要です。この用紙のみお送りください。

NO.

施設名　　担当者（職種）　　電話番号　　報告日　　年　　月　　日

《記入方法》
① 発症日時は、症状が出始めた日で、〇月〇日〇時（だいたいの時間）をご記入ください。
② 受診した方は受診日と診断結果、検査結果を所定の欄にご記入ください。
③ 気になる症状や、重篤な合併症等がある場合は、備考欄にご記入ください。
④ 職員は、部屋番号欄に職種をご記入し、備考欄に発症者との接触の内容をご記入ください。
⑤ ADLは、A：自立、B：移動に要介助、C：ベッド上のうち近いものをご記入ください。

◎：発熱（37.5度以上）
〇：呼吸器症状
△：消化器症状
×：解熱日

市施設担当課および保健所記入欄（聞き取り内容あれば記入）

No.	名前	年齢	性別	入居者又は職員	部屋番号又は職種	ADL	発症日時	受診	診断/検査結果	備考（予防接種の有無、基礎疾患、接触状況等））	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
1			男・女	入・職			／ 時	／																			
2			男・女	入・職			／ 時	／																			
3			男・女	入・職			／ 時	／																			
4			男・女	入・職			／ 時	／																			
5			男・女	入・職			／ 時	／																			
6			男・女	入・職			／ 時	／																			
7			男・女	入・職			／ 時	／																			
8			男・女	入・職			／ 時	／																			
9			男・女	入・職			／ 時	／																			
10			男・女	入・職			／ 時	／																			
11			男・女	入・職			／ 時	／																			
12			男・女	入・職			／ 時	／																			
13			男・女	入・職			／ 時	／																			
14			男・女	入・職			／ 時	／																			
15			男・女	入・職			／ 時	／																			
16			男・女	入・職			／ 時	／																			
17			男・女	入・職			／ 時	／																			
18			男・女	入・職			／ 時	／																			
19			男・女	入・職			／ 時	／																			
20			男・女	入・職			／ 時	／																			

《記入方法》
① 発症日時は、症状が出始めた日で、〇月〇日〇時（だいたいの時間）をご記入ください。
② 受診した方は受診日と診断結果、検査結果を所定の欄にご記入ください。
③ 気になる症状や、重篤な合併症等がある場合は、備考欄にご記入ください。
④ 職員は、部屋番号欄に職種をご記入し、備考欄に発症者との接触の内容をご記入ください。
⑤ ADLは、A：自立、B：移動に要介助、C：ベッド上のうち近いものをご記入ください。

◎：発熱（37.5度以上）
〇：呼吸器症状
△：消化器症状
×：解熱日

市施設担当課および保健所記入欄（聞き取り内容あれば記入）

No.	名前	年齢	性別	入居者又は職員	部屋番号又は職種	ADL	発症日時	受診	診断／検査結果	備　考（予防接種の有無、基礎疾患、接触状況等））	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
21			男・女	入・職			／ 時	／																			
22			男・女	入・職			／ 時	／																			
23			男・女	入・職			／ 時	／																			
24			男・女	入・職			／ 時	／																			
25			男・女	入・職			／ 時	／																			
26			男・女	入・職			／ 時	／																			
27			男・女	入・職			／ 時	／																			
28			男・女	入・職			／ 時	／																			
29			男・女	入・職			／ 時	／																			
30			男・女	入・職			／ 時	／																			
31			男・女	入・職			／ 時	／																			
32			男・女	入・職			／ 時	／																			
33			男・女	入・職			／ 時	／																			
34			男・女	入・職			／ 時	／																			
35			男・女	入・職			／ 時	／																			
36			男・女	入・職			／ 時	／																			
37			男・女	入・職			／ 時	／																			
38			男・女	入・職			／ 時	／																			
39			男・女	入・職			／ 時	／																			
40			男・女	入・職			／ 時	／																			

《記入方法》
① 発症日時は、症状が出始めた日で、〇月〇日〇時（だいたいの時間）をご記入ください。
② 受診した方は受診日と診断結果、検査結果を所定の欄にご記入ください。
③ 気になる症状や、重篤な合併症等がある場合は、備考欄にご記入ください。
④ 職員は、部屋番号欄に職種をご記入し、備考欄に発症者との接触の内容をご記入ください。
⑤ ADLは、A：自立、B：移動に要介助、C：ベッド上のうち近いものをご記入ください。

◎：発熱（37.5度以上）
〇：呼吸器症状
△：消化器症状
×：解熱日

市施設担当課および保健所記入欄（聞き取り内容あれば記入）

No.	名前	年齢	性別	入居者又は職員	部屋番号又は職種	ADL	発症日時	受診	診断／検査結果	備　考（予防接種の有無、基礎疾患、接触状況等））	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
41			男・女	入・職			／ 時	／																			
42			男・女	入・職			／ 時	／																			
43			男・女	入・職			／ 時	／																			
44			男・女	入・職			／ 時	／																			
45			男・女	入・職			／ 時	／																			
46			男・女	入・職			／ 時	／																			
47			男・女	入・職			／ 時	／																			
48			男・女	入・職			／ 時	／																			
49			男・女	入・職			／ 時	／																			
50			男・女	入・職			／ 時	／																			
51			男・女	入・職			／ 時	／																			
52			男・女	入・職			／ 時	／																			
53			男・女	入・職			／ 時	／																			
54			男・女	入・職			／ 時	／																			
55			男・女	入・職			／ 時	／																			
56			男・女	入・職			／ 時	／																			
57			男・女	入・職			／ 時	／																			
58			男・女	入・職			／ 時	／																			
59			男・女	入・職			／ 時	／																			
60			男・女	入・職			／ 時	／																			

《記入方法》
① 発症日時は、症状が出始めた日で、〇月〇日〇時（だいたいの時間）をご記入ください。
② 受診した方は受診日と診断結果、検査結果を所定の欄にご記入ください。
③ 気になる症状や、重篤な合併症等がある場合は、備考欄にご記入ください。
④ 職員は、部屋番号欄に職種をご記入し、備考欄に発症者との接触の内容をご記入ください。
⑤ ADLは、A：自立、B：移動に要介助、C：ベッド上のうち近いものをご記入ください。

◎：発熱（37.5度以上）
〇：呼吸器症状
△：消化器症状
×：解熱日

市施設担当課および保健所記入欄（聞き取り内容あれば記入）

No.	名前	年齢	性別	入居者又は職員	部屋番号又は職種	ADL	発症日時	受診	診断／検査結果	備　考（予防接種の有無、基礎疾患、接触状況等））	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
61			男・女	入・職			／ 時	／																			
62			男・女	入・職			／ 時	／																			
63			男・女	入・職			／ 時	／																			
64			男・女	入・職			／ 時	／																			
65			男・女	入・職			／ 時	／																			
66			男・女	入・職			／ 時	／																			
67			男・女	入・職			／ 時	／																			
68			男・女	入・職			／ 時	／																			
69			男・女	入・職			／ 時	／																			
70			男・女	入・職			／ 時	／																			
71			男・女	入・職			／ 時	／																			
72			男・女	入・職			／ 時	／																			
73			男・女	入・職			／ 時	／																			
74			男・女	入・職			／ 時	／																			
75			男・女	入・職			／ 時	／																			
76			男・女	入・職			／ 時	／																			
77			男・女	入・職			／ 時	／																			
78			男・女	入・職			／ 時	／																			
79			男・女	入・職			／ 時	／																			
80			男・女	入・職			／ 時	／																			

インフルエンザ様疾患調査表　（社会福祉施設・医療機関用）※新型コロナウイルス感染症を含みます。　【記入見本】

令和7年3月改訂版　（様式2-イ）

この調査票は収束まで毎日10時に担当課・倉敷市保健所へ提出。収束目安は、新規発生患者0名が５日間続くまで。収束の判断は保健所がします。
医療機関を受診した結果、集団発生が起きている感染症ではないと診断された場合には報告対象外となります。　◎送付状不要です。この用紙のみお送り

NO. 1

施設名　特別養護老人ホーム　〇〇〇〇　　担当者（職種）　看護師　〇〇〇〇　　電話番号　086-434-9810　　報告日　R7　年　4　月　9　日

《記入方法》
① 発症日時は、症状が出始めた日で、〇月〇日〇時（だいたいの時間）をご記入ください。
② 受診した方は受診日と診断結果、検査結果を所定の欄にご記入ください。
③ 気になる症状や、重篤な合併症等がある場合は、備考欄にご記入ください。
④ 職員は、部屋番号欄に職種をご記入し、備考欄に発症者との接触の内容をご記入ください。
⑤ ADLは、A：自立、B：移動に要介助、C：ベッド上のうち近いものをご記入ください。

◎：発熱（37.5度以上）
〇：呼吸器症状
△：消化器症状
×：解熱日

市施設担当課および保健所記入欄（聞き取り内容があれば記入）

No.	名前	年齢	性別	入居者又は職員	部屋番号又は職種	ADL	発症日時	受診	診断/検査結果	備考（予防接種の有無、接触状況等））	4/6	4/7	4/8	4/9	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
1	〇〇　〇〇	80	男・女	入・職	201	C	4/6 9時	4/6	コロナ	ワクチン3回済（R4.12月最終）	◎、△	◎、△	×												
2	〇〇　〇〇	75	男・女	入・職	201	C	4/6 18時	4/7	コロナ	ワクチン3回済（R4.12月最終）	◎	◎	×												
3	〇〇　〇〇	75	男・女	入・職	201	C	4/6 23時	4/7	コロナ		◎	×													
4	〇〇　〇〇	73	男・女	入・職	203	C	4/7 9時	4/7	コロナ			◎、△	◎、△	〇×											
5	〇〇　〇〇	75	男・女	入・職	203	C	4/7 12時	4/7	コロナ			◎、△	◎、△	〇×											
6	〇〇　〇〇	85	男・女	入・職	203	C	4/7 15時	／				〇	〇	〇											
7	〇〇　〇〇	90	男・女	入・職	203	C	4/7 15時	／				〇	〇	〇											
8	〇〇　〇〇	100	男・女	入・職	205	C	4/7 16時	／				◎	〇×	〇											
9	〇〇　〇〇	55	男・女	入・職	介護士		4/7 8時	4/7	コロナ	ワクチン4回済、4/6食事介助		◎、△	欠	欠											
10	〇〇　〇〇	45	男・女	入・職	看護師		4/7 9時	4/7	コロナ	ワクチン4回済、4/6入浴介助		◎	欠	欠											
11	〇〇　〇〇	35	男・女	入・職	介護士		4/7 7時	4/7	コロナ	ワクチン4回済、4/6口腔ケア		◎	欠	欠											
12			男・女	入・職			／ 時	／																	
13			男・女	入・職			／ 時	／																	
14			男・女	入・職			／ 時	／																	
15			男・女	入・職			／ 時	／																	
16			男・女	入・職			／ 時	／																	
17			男・女	入・職			／ 時	／																	
18			男・女	入・職			／ 時	／																	
19			男・女	入・職			／ 時	／																	

記入見本

《記入方法》
① 発症日時は、症状が出始めた日で、〇月〇日〇時（だいたいの時間）をご記入ください。
② 受診した方は受診日と診断結果、検査結果を所定の欄にご記入ください。
③ 気になる症状や、重篤な合併症等がある場合は、備考欄にご記入ください。
④ 職員は、部屋番号欄に職種をご記入し、備考欄に発症者との接触の内容をご記入ください。
⑤ ADLは、A：自立、B：移動に要介助、C：ベッド上のうち近いものをご記入ください。

◎：発熱（37.5度以上）
〇：呼吸器症状
△：消化器症状
×：解熱日

市施設担当課および保健所記入欄（聞き取り内容があれば記入）

No.	名前	年齢	性別	入居者又は職員	部屋番号又は職種	ADL	発症日時	受診	診断／検査結果	備　考（予防接種の有無、接触状況等））	4/6	4/7	4/8	4/9	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
20			男・女	入・職			／ 時	／																	