

別紙（FAX 送信票） 麻しん・風しん（疑い含む）と診断された園児・児童生徒・学生・職員が 1 名でも発生した場合には、本書をご記入の上、下記担当課あてに F A X またはメールをしてください。

| 施設 | 宛先 | FAX 番号 |
|-----------------------------|------------|----------|
| 保育所（園）、認定こども園、私立幼稚園、認可外保育施設 | こども施設課 | 243-6474 |
| 市立幼稚園、市立小・中・高・特別支援学校 | 教育委員会総務課 | 243-7190 |
| 前橋工科大学、その他学校等 | 保健所（保健予防課） | 224-0630 |

前橋市麻しん・風しん（疑い）患者発生状況報告書

施設名 _____

電話番号 _____

記入者（職名） _____（ ）

【患者情報】

| | | | |
|--------------|------------------------|-------------------|-------------------|
| 報告年月日 | 年 月 日 | 診断名 (疑い含む) | 麻 し ん ・ 風 し ん |
| 患者氏名 | (イニシャル可) | 性別・年齢 | 男 ・ 女 (歳 か 月) |
| 患者住所 | (市町村名のみ可) | 所属 (担任するクラス) | 年 組 |
| 発症日 | 年 月 日 | 欠席・ 欠勤期間 | 年 月 日 から 年 月 日 |
| 受診した 医療機関 | 医療機関名： 受 診 日： 年 月 日 | 所在地： (市町村名のみ可) | |

【施設の状況】 下記項目の確認に時間を要する場合は、【患者情報】のみで送付してください。

未記入で提出した場合は確認ができ次第、追記して再送してください。

| | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| 園児・児童生徒・学生総数 | 人 |
| 報告日における園児・児童生徒・学生の欠席数 | 人 (内、麻しん・風しん様症状がある者 人) |
| 職員総数 | 人 |
| 報告日における職員の欠勤者数 | 人 (内、麻しん・風しん様症状がある者 人) |
| 麻しん・風しんワクチンの 2 回接種が確認できない者の人数 | 園児・児童生徒・学生 人 ・ 調査中 職員 人 ・ 調査中 |