

発症者調査票①

(施設名: )

No	種別	クラス名	氏名	性別	年齢 又は 生年月日	入院の 有無	他施設 利用の 有無	症状 (呈している症状に「○」印)					初発日時	発症時の状況 (発症日時・場所等)	受診状況 診断名 検査・処置内容
								腹痛	下痢	嘔吐	発熱	他			
1												月 日			
												時 分			
2												月 日			
												時 分			
3												月 日			
												時 分			
4												月 日			
												時 分			
5												月 日			
												時 分			
6												月 日			
												時 分			
7												月 日			
												時 分			
8												月 日			
												時 分			
9												月 日			
												時 分			
10												月 日			
												時 分			

※発熱に関しては37.5℃以上とする。