



発症状況調査表（優先回答）

※発症日時の早い人から記入すること!!

No \_\_\_\_\_

グループ名等: \_\_\_\_\_

調査年月日: 平成 年 月 日

調査者職氏名: \_\_\_\_\_

調査番号	フリガナ	性別	(所属等に係る情報) 住所・勤務先・職業・クラス・居室号数等	年齢	初発日時	主な症状 (嘔吐、下痢、腹痛、発熱等)	症状のあった日に○をつけてください。														受診の有無	医療機関 受診状況 下段:医療機関	検査結果	転機 詳細 下段:回復日	備考 (調理従事者、重症化リスク、汚染拡大要因等)
	氏名						／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／					
9	被保険者番号	利用者・職員			月 日 : 頃														入院・通院 ( )	継続・回復 月 日					
	要介護度																								
	支(1・2)1・2・3・4・5																								
10	被保険者番号	利用者・職員			月 日 : 頃														入院・通院 ( )	継続・回復 月 日					
	要介護度																								
	支(1・2)1・2・3・4・5																								