

令和 年 月 日

保健所長 様

医療機関名

施設住所

(TEL)

病院長名

医療機関における感染症発生報告

患者 発生状況	患者数	名
	死亡者数	名
	発生経緯	
	疾患名	
医療機関 の 対応状況		
その他 特記事項		

※次の場合、速やかに保健所にファックス等で報告してください。

同一医療機関内で同一菌種による感染症の発生事例が10名以上又は当該院内感染事案との因果関係が否定できない死亡者が発生した場合。