

外来患者用

インフルエンザ外来患者 連絡様式(新潟市)

送付先:新潟市保健所 FAX:025-246-5672

Mail: hokenkanri@city.niigata.lg.jp

報告診療期間(一週間): 令和 年 月 日(月曜) ~ 令和 年 月 日(日曜)

* 月曜から日曜までの一週間に診断したものについて該当欄に人数を記入し、翌・月曜日(休日の場合は、火曜もしくは休日明けの平日)までにFax/メールでご連絡下さい。

医療機関名: _____

* メールの場合、件名に、〈新潟市fluサーベ報告〉の文字を入れてください。

医師氏名: _____

TEL: _____

インフルエンザA (迅速検査で診断)		0~5カ月	6~11カ月	1歳	2	3	4	5	6	7	8	9歳	
	男												
	女												
		10~14歳	15~19	20~24	25~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70~79	80歳以上		合計
	男												
	女												

インフルエンザB (迅速検査で診断)		0~5カ月	6~11カ月	1歳	2	3	4	5	6	7	8	9歳	
	男												
	女												
		10~14歳	15~19	20~24	25~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70~79	80歳以上		合計
	男												
	女												

インフルエンザの型不明 (臨床診断含む) * 迅速検査陽性で型不明 または臨床診断したもの		0~5カ月	6~11カ月	1歳	2	3	4	5	6	7	8	9歳	
	男												
	女												
		10~14歳	15~19	20~24	25~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70~79	80歳以上		合計
	男												
	女												

【備考・連絡事項など】