

FAX送信先 札幌市保健所感染症総合対策課感染症総合対策係あて
FAX：011-622-5168

疑似症と判断した際は届出とともに、直ちにご連絡ください。
(TEL：011-622-5199)

感染症発生動向調査（疑似症定点） FAX送信票

報告日： 年 月 日 医療機関名： _____

担当医師： _____ 連絡先： _____

診断事例がない場合は、毎月1日から末日までの分を、翌月7日までにご報告ください。

1 診断事例の有無：どちらかを○で囲んでください。

有



無： 年 月 日～ 月 日分

※無の場合は調査期間をご記入ください。

2 「有」の場合は以下を記載いただき、直ちにご報告ください。

項 目	1	感染症を疑わせるような症状 (該当するものに○、その他は具体的に記載) (1) 発熱 (2) 呼吸器症状 (3) 発しん (4) 消化器症状 (5) 神経症状 (6) その他 ()	
	2	医師が一般に認められている医学的知見に基づき集中治療その他 これに準ずるものが必要と判断 ・特記事項 ()	
	3	医師が一般に認められている医学的知見に基づき直ちに特定の 感染症と診断することができないと判断 ・特記事項 ()	
備 考			
年 齢	歳 月	性 別	男 女

※項目1～3を全て満たすものについてご報告をお願いします。