＜様式２＞

学校における結核発生状況報告

（第　　　報）

|  |  |
| --- | --- |
| 報　　告 | 発信日　　　　　　年　　月　　日（　　）　　時　　分    報告者  　　職・氏名 |
| １　学校（園）名 | 立　　　　　　　　　学校（園） |
| ２　校（園）長名 |  |
| ３ 所在地 | 連絡先　ＴＥＬ（　　　） 　 － |
| ４ 患者氏名  （職員の場合は職名） | 年　　　組　　　　　　　　　　　　（男・女） |
| ５　発症の報告を  　 　受けた日 | 年　　月　　日（　　） |
| ６ 診断を受けた日  医療機関名 | 年　　月　　日（　　）  　　　　　医療機関名 |
| ７　現症状 | 診断名： |
| ○排菌状態 　　　　　　　　ガフキー　　　　号  ○咳の持続期間 |
| ８ 保健所の指導等 |  |
| ９　学校の措置状況 |  |
| その他参考となる事項  （家族・その他接触者の状況　集団活動の状況、健康観察　の状況等） |  |