

別紙様式

調 査 票

◎お願い: 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項の規定に基づく「麻しん発生届」又は「風しん発生届」とともに、最寄りの保健所へ報告をお願いします。

報告内容について保健所から問い合わせ等を行う場合がありますので、御協力をお願いします。また、報告内容が愛知県及び関係自治体等に情報提供されることについて、患者又はその保護者に説明し同意を得た上で報告をお願いします。

麻しん・風しん患者調査報告書

報告年月日	平成 年 月 日
医療機関名称、所在地 電話番号	(電話 - -)
記入者氏名	
患者番号等	御報告内容について問い合わせさせていただく場合がありますので、 貴院で識別していただけるカルテ番号等を記入ください
患者の通 園・通学・ 通勤先	施設種類 幼稚園・保育園 小・中学校 高校 大学 職場 その他
	所在地等 市区町村名 () 施設名 ()
	最終出席/ 勤務日 年 月 日
その他 (参考事項)	妊娠の有無 (有・無)