（施設⇒　　　）

疥癬連絡票（初回報告様式）

〇〇○○　〇〇担当　行

　E-mail：　　　　　　＠

 　 FAX　：　　　- -

①疥癬連絡票

施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　住所：

施設連絡先（TEL）：　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名：

　　　　　（Email）

１　施設基本情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フロア・ユニット・病棟名 | 入所者在籍者数 | スタッフ在籍者数 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合計 |  |  |

２　発生状況

|  |
| --- |
| （１）初発患者情報（〇を付けてください⇒入所者　・スタッフ（　　　　　　　）） |
| 発症日： | 診断日 | 診断名 |
| 性別： | 居室：　　　　階　　　　　室 | 診断医療機関（医師名） |
| 年代： |
| （２）2例目以降の患者情報 |
| ●入所者・入院患者 |
| （　　　　）名　居室等：　　　　　階　　　　　室（　　　　）名　居室等：　　　　　階　　　　　室 |
| ●スタッフ |
| （　　　　）名　職種：　　　　　　担当：　　　　階（左記以外　　　　　　）（　　　　）名　職種：　　　　　　担当：　　　　階（左記以外　　　　　　） |

３　現在取り組んでいること、質問等ありましたらご記入ください。

|  |
| --- |
|  |