

インフルエンザ様症状確認票

■確認日：平成 年 月 日

■報告者

部局名 _____ 所属 _____

氏名 _____ 連絡先 _____

■インフルエンザ患者またはインフルエンザと疑われる者

該当者 [学部生 ・ 院生 ・ 教員 ・ 職員 ・ その他 ()]

氏名 _____ 年齢 () 歳 _____ 性別 男 ・ 女 _____

学籍番号もしくは職員番号 _____

所属 (できるだけ詳しく) _____ 学年 _____

連絡先 電話番号: _____ 携帯: _____

以下、該当するものに○をつけてください。

■自覚症状 [発熱 ・ 咳 ・ 咽頭痛 ・ 鼻水 ・ 関節痛 ・ その他 ()]

■受診の有無 [未受診 ・ 受診]

受診した場合のみ記入 医師の意見 [インフルエンザ (A型・新型) 確定・疑い]

■その他 特記すべきことがあれば記入してください。

■感染源と思われる場所

[自宅 ・ 職場 ・ 教室 (研究室) ・ クラブ又はサークル ・ アルバイト先 ・ 出張先 ・ その他 () ・ 不明]

■感染したと思われる月日 _____ 月 _____ 日 _____

■発症月日 _____ 月 _____ 日 _____

※以下①、②は学生の場合のみ記入してください。

①所属クラブまたはサークルがあれば記入してください。

②アルバイト先があれば記入してください。