

学部等名 _____

1 名前:

2 性別: 男・女

3 生年月日: 年 月 日

4 所属(学生は学籍番号も):

5 住所, 電話番号:

6 保護者の連絡先(学生のみ):

7 感染の経緯

発生年月日: 平成 年 月 日

感染原因:

感染経路:

8 現在の症状(該当する症状に)

発熱又は熱感や悪寒: 体温 (時現在)

咳痰など上気道症状, 鼻汁もしくは鼻閉, 咽頭痛, 咳

下痢・腹痛・吐き気・嘔吐

関節痛

頭痛

9 医療機関での受診結果:

病院名等:

治療内容(・タミフル ・リレンザ ・その他)

主治医からの指示内容:

10 当該者に対して学部等として行った措置:

11 本学学生又は教職員と濃厚接触しているかの有無及び行った予防措置:

(学生の場合は, サークル活動の状況を含む。)

12 感染者の所属学科等の学年単位の在籍者数(学生のみ): 名

13 保健所への連絡及びやり取り:

14 今後の学部等としての対応予定措置:

15 その他入手した情報:

16 窓口担当者名及び状況を把握した日時: