

法人名 \_\_\_\_\_

施設種別 \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_

## 社会福祉施設等におけるインフルエンザ患者等発生状況報告書

平成 年 月 日

## 1 患者数

定員	入所者数	インフルエンザ患者数							
		施設			入院				
		男	女	計	男	女	計		

## 2 インフルエンザによると思われる死亡者

死亡者名	年齢	性別	死亡日時	施設病院の別	備考