

麻疹発生報告書

医療機関名		医師名	
受診日	月 日	性別	男 ・ 女
患者氏名 (イニシャル)	(姓) (名)	生年月日	年 月 日 ( 才 ヶ月)
学校(園)名 学 年		患者住所 (可能な範囲)	
予防接種歴	有 ・ 無	抗体確認	陽性 ・ 陰性 ・ 不明
発症日時	月 日 時ごろ		
症 状	発疹 ・ 熱( 度) ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 結膜充血		

コメント欄(近隣での発生状況も分かればご記入願います。)

麻疹発生撲滅のため、ご協力の程宜しくお願いいたします。