様式２

食中毒、感染症患者（疑いを含む）死亡報告書

年　　月　　日

 　　　　保健所長 宛

|  |  |
| --- | --- |
| 施設種別 |  |
| 施設名 |  |
| 所在地 |  |
| 施設長（代表者名） |  |
| 報告者 |  |
| TEL / FAX |  |
| メールアドレス |  |

 １　年齢等　　　年齢　　　　　　歳代　　 　 　性別　　男　・　女

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 ２　死亡年月日 　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
|  |

　３　死 亡 場 所

 該当するものに○を付してください。

 １）施設内

 ２）入院先の医療機関

 ３）その他（　　　　　　　　　　　　　　）

　※経過記録表（様式３）を添付してください。