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

該当するものに〇を付してください。

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。