

食中毒患者等届出票

様式 1 の 1

1 病名		5 患者氏名	
2 発病年月日時 年 月 日 午前 時 午後		6 生年月日 明 大 昭 平 年 月 日(歳)	
3 診断(検案) 年 月 日 午前 時 午後		7 患者所在地 Tel () -	
4 診断方法	(原因)	8 備考	
イ 菌検査 ロ 血清検査 ハ 臨床決定 ニ その他			
医師住所 (施設名・所在地)		医 師 氏名印	

(その他参考事項)

受診日 年 月 日	症状
採便日 年 月 日	検査機関
他の発症者 の有無	有の場合はその状況
有 ・ 無	