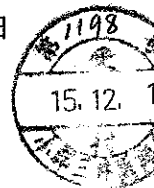




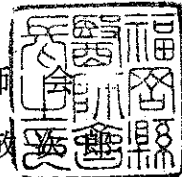
福岡医発第1586号(地)

平成15年11月28日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師
会 長 関 原 敬



インフルエンザ様疾患発生報告について(依頼)

標記の件につきまして、別紙のとおり、福岡県保健福祉部長より協力依頼がありました。

本件は、福岡県のインフルエンザ対策推進の一環として行なわれるもので、医療機関(無床診療所は除く。)内において、重症例、死亡例及び集団感染が発生した場合、最寄りの保健福祉環境事務所(支所)へ様式1により情報提供いただくものであります。

つきましては、貴会におかれましても本件につきましてご丁知いただきますとともに、貴会管下関係医療機関へ周知いただきますようよろしくご高配の程お願い申し上げます。

なお、ご不明な点等ございましたら、最寄の保健福祉環境事務所(別紙1)へ直接お問い合わせくださいますよう併せてお願い申し上げます。



15医指指第115号
平成15年11月17日

社団法人福岡県医師会長
社団法人福岡県病院協会
社団法人福岡県私設病院協会
社団法人福岡県精神科病院協会
全国自治体病院協議会福岡県支部長

殿

福岡県保健福祉部長
(医療指導課)



インフルエンザ様疾患発生報告について（依頼）

本県の保健福祉行政につきましては、平素から格別のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、標記の件については、本県のインフルエンザ対策の推進のため、医療機関（無床診療所は除く。）内において重症例、死亡例及び集団感染が発生した場合は、最寄りの保健福祉環境事務所（支所）に様式1により情報提供いただきますよう貴会会員（北九州市、福岡市及び大牟田市の政令市は除く。）に対して周知をお願いします。

なお、ご不明な点等がある場合には、最寄りの保健福祉環境事務所（別紙1）にお問い合わせいただきますよう併せてお願いいたします。

インフルエンザ様疾患発生報告書（医療機関用）

1 報告年月日 年 月 日（ 時 分）

2 医療機関名 _____
 管理者氏名 _____
 所在地 _____
 連絡先（電話番号） （ ） —

3 報告者
 職 名 _____
 氏 名 _____

4 公表の了承（記号を○で囲んでください。）

A 了承していない

B 了承済み

5 重症例、その他特殊事例

No	年齢	性別	現在の状況（診断名等）	治療状況	経過
1					
2					

6 死亡例

No	年齢	性別	死亡年月日	備 考
1				
2				

7 その他

対応状況については、おって報告してください。（任意の様式で構いません。）

(別紙1)

保健福祉環境事務所電話番号一覧

保健福祉環境事務所名	電話番号	
	電話番号	課 名
筑紫	092-513-5584	健康対策課
粕屋	092-939-1534	健康対策課
宗像	0940-36-2366	健康対策課
朝倉	0946-22-3964	健康対策課
糸島	092-322-1439	健康対策課
遠賀	093-201-4164	健康対策課
鞍手	0949-23-3120	健康対策課
嘉穂	0948-21-4972	健康対策課
田川	0947-42-9345	健康対策課
久留米	0942-30-1054	健康対策課
(浮羽支所)	09437-5-2039	保健福祉課
(三猪支所)	0944-86-2549	保健福祉課
八女	0943-22-6960	健康対策課
山門	0944-62-4175	保健課
京築	0930-23-2690	健康対策課
(築上支所)	0979-82-3308	保健福祉課