

平成 年 月 日

保健給食課長あて (FAX:211-3834)

(時現在)

シックハウス様症状の発生における健康調査報告書

園・学校名

園・校長名

平成 年 月 日 () 分

①シックハウス様症状発症者の状況	②欠席者の状況 (内科的症状、原因不明の体調不良者等)			
(1) 年 組 性別 () ・氏 名 () ・診察を受けた医療機関 () ・発症日時、登校の有無及び状況等	欠席者計 名			
	年・組	性別	氏 名	症 状
(2) 年 組 性別 () ・氏 名 () ・診察を受けた医療機関 () ・発症日時、登校の有無及び状況等	③体調不良者の状況 (保健室来室者や内科的症状、原因不明の体調不良者等)			
	体調不良者計 名			
	年・組	性別	氏 名	症 状
(3) 年 組 性別 () ・氏 名 () ・診察を受けた医療機関 () ・発症日時、登校の有無及び状況等				