

## 食中毒患者届出票

1 病名	5 患者名・性別  (男 女)
2 発病年月日時 平成 年 月 日 <sup>AM</sup> / <sub>PM</sub> 時	6 生年月日 明 大 昭 平 年 月 日 (満 歳)
3 診断年月日時 平成 年 月 日 <sup>AM</sup> / <sub>PM</sub> 時	7 患者所在地・電話番号
4 診断方法 イ 細菌検査 ロ 血清検査 ハ 臨床決定 ニ その他	(原因)   8 備考
医療施設名・所在地	届出医師氏名  担当医師氏名