

感染症等発生時報告書

施設名	
施設長名	
担当者(連絡先)	
住所	
電話	
FAX	

発生確認日時	令和 年 月 日					
感染症等(疑い含む)の種類・症状	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> その他() (症状) <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他()					
発生状況 (○印を記入)	ア 死亡者又は重篤患者が1週間以内に2名以上発生した。(疑い含む)					
	イ 患者が10名以上又は入所者・職員の合計人数の半数以上発生した。(疑い含む)					
	ウ ア・イには該当しないが、施設長が報告の必要があると判断した。					
	利用者	区分	定員(人)	患者数(人)	症 状	備 考 (死亡日・入院者数・確定診断の有無 ワクチン接種の有無等を記入)
					
					
	職員	職種	職員数	患者数	症 状	備 考
					
合計						
(上記の表に記入し難い場合は状況を具体的にご記入ください。)						
施設の行った対応	<input type="checkbox"/> 職員への周知及び健康管理(/ <input type="checkbox"/> 利用者の健康観察(/ ~) <input type="checkbox"/> 患者(発症者)の隔離(【具体的に】) <input type="checkbox"/> 患者(発症者)への対応(【具体的に】) <input type="checkbox"/> 職員、利用者の手洗い徹底 <input type="checkbox"/> 排泄物・嘔吐物の適切な処理 [その他対応状況]					

- 1 以上、報告します。
- 2 以上、報告するとともに、保健所に対して、今後の対応策等を教示願います。
(どちらかに○をしてください。)

※ この報告を受け、保健所長が必要と判断した場合に、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」及び「食品衛生法」に基づき調査を行うことがあります。

(感染症の場合)保健所感染症対策課 222-9933
 FAX 222-9876
 (食中毒の場合)保健所食品衛生課 222-9925
 FAX 222-1406