

FAX送信票 県南保健所企画調整課（64-6520）行き
 病院での感染症又は食中毒が疑われる者等の発生報告書

報告年月日 平成 年 月 日

施設の名称	
施設所在地	
施設側担当者	職・氏名 TEL 、 FAX
初発年月日	平成 年 月 日 時 分頃
有症者数	有症者 名、うち死亡： 人、重症： 人、 <small>月 日 時現在</small> ※死亡者及び重症者については医療機関の名称、電話番号、担当医師の氏名
疾患名	(確定・疑い :)
主な症状	発熱、下痢、吐気、嘔吐、腹痛、倦怠感、食欲不振、その他 ()
概要 発生状況	

患者発生状況	病床数	初発患者発生日から報告日までの毎日の新たな患者発生数											有症者合計	
	職員在籍数	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/
〇〇病棟														
〇〇病棟														
〇〇病棟														
〇〇病棟														
〇〇病棟														
病棟合計														
医師														
外来職員														
医療技術系職員														
(管理) 栄養士														
調理従事者														
清掃作業員														
病棟以外合計														

施設の対応状況	直近の院内対策委員会 (年 月 日開催 ※委員会議事録添付)
	臨時院内サーベランス実施 (有 ・ 無) 感染制御チームの立上げ (有 ・ 無)
	臨時院内ラウンドの実施 (有 ・ 無) 面会制限の実施 (有 ・ 無)
	他機関への相談 (有 ・ 無) ※長崎県院内感染地域支援ネットワーク 等
	職員の就業制限状況：
	治療・予防投与内容：
	環境（消毒・換気）：
感染拡大防止策：	

報告基準は裏面にあります

病院は報告をお願いします。

診療所は、任意の報告として受理します。

法令に定めのないインフルエンザ、ノロ等の参考にしてください

1、第1報

以下の基準いづれかに該当する、該当する疑いがある場合には報告をお願いします。

- (1) 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者が1週間以内に2名以上発生した場合
- (2) 同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が職員と入院患者の合計で10名以上発生した場合
- (3) (1) 及び (2) に該当しない場合であっても、おう吐や下痢症状のある者が通常の数を上回る場合

2、中間報告（*該当する場合のみで結構です。）

以下の基準に該当する場合には中間報告をお願いします。

- (1) 第1報を報告した感染症の院内サーベイランスの結果、一日の報告数が2倍以上に増加した場合
- (2) 第1報を報告した感染症による死亡者が発生した場合

3、終息報告

以下の基準に該当する場合には終息の報告をお願いします。

- (1) 院内感染対策委員会での検討の結果、終息と判断した場合