

社会福祉施設等における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 令和 年 月 日

所属 電話番号() 報告者名

概 要		
施設の名称		
施設所在地		
施設種別		
施設側担当者	職・氏名	TEL () 、FAX ()
初発年月日	令和 年 月 日 時 分頃	
有 症 者 数	有症者 名、うち死亡: 人、重症: 人、入院: 人、通院: 人	
月 日 時現在	※死亡者及び重症者については医療機関	
主 な 症 状	発熱、下痢、吐気、嘔吐、腹痛、他 ()	

10名以上若しくは半数以上の発生を把握した時点で報告

患者発生状況	在席者数	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
		4/1	4/2	4/3	4/4	4/5	4/6	/	/	/	/	/	
入 所 者		1	1	5									7
通 所 者		1	0										1
職員(事務系)													
職員(専門職)		1	0	1									2
職員(栄養士)													
調理従事者													
清掃作業員													
全利用者数		3	1	6									10
入所者の家族													
通所者の家族													

累計

初発まで遡って記載する

その日の合計

報告は前日分を翌日に報告
(数が確定したものを報告)

受 診 状 況	受診月日人数	
	受診医療機関	
	診 断 内 容	
	病原体検査状況	
施設の対応状況	※記載例: 対策委員会、有症者の把握体制、有症者へ対応内容、消毒の実施状況、職員・家族への周知等	

この報告は、平成17年2月22日付け厚生労働省健康局長、医薬食品局長、雇用均等・児童家庭局長、社会・援護局長、老健局長通知「社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について」に基づく報告である。