

感染症集団発生 報告票

報告日 : 年 月 日 () 時
 施設名 : _____ 施設長名 : _____
 所在地 : _____
 TEL : _____ FAX : _____ 担当者名 : _____

○施設概要

利用者数	人	利用者のうち入所者数:	人	利用者のうち通所者数:	人
職員数	人	※職員の内訳を下記に記入してください。			
看護職	人	調理員	人	その他	人
介護職	人	医師名(嘱託医名)	(医療機関名:)		
給食状況	<input type="checkbox"/> 施設内調理 <input type="checkbox"/> 委託		委託先業者 :		
行事状況	最近行った行事 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		ありの場合: 月 日 内容()		

○感染症発生概要

初発日時	平成 年 月 日 時頃	現在の有症状者数	利用者: 人、職員 人
主な症状	<input type="checkbox"/> 下痢・軟便 <input type="checkbox"/> 嘔吐・嘔気 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 発しん・皮膚の異常 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> その他()		
受診状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(月 日)、 人	受診医療機関名	
検査状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(月 日)、 人	検査結果・診断名	
重症・入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	ありの場合:重症 人、入院 人(入院先:)	

○発生状況(初発～報告日) ※日別で新たな発症者数のみ記入してください。

発症日	/	/	/	/	/	/	/	延べ発症者数
入所者・通所者 (うち重症・入院)	(人)	(人)	(人)	(人)	(人)	(人)	(人)	(人)
職員 (うち調理従事者)	(人)	(人)	(人)	(人)	(人)	(人)	(人)	(人)
日別合計	人	人	人	人	人	人	人	(人)

施設側の措置・対応等	<input type="checkbox"/> 患者の健康管理 <input type="checkbox"/> マスク着用 <input type="checkbox"/> 患者の隔離 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 職員への通知(手洗いの徹底等) <input type="checkbox"/> 食堂やレク等の使用停止・中止 <input type="checkbox"/> 利用者・家族等へのお知らせ(面会制限等) <input type="checkbox"/> 環境消毒の徹底
備考 (相談したい事等)	