【 様式１ 】

（社会福祉施設用）

インフルエンザ様疾患の発生報告（初回報告用）

　　　 　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　年 月　　　日　　時　　分

発 信 者

施設種別

(ﾌﾘｶﾞﾅ)

発生施設名 　　　　　　　　　　　施設長名

所在地　　 電話番号

インフルエンザ様症状を有する者が次のとおり発生しましたので、報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設の総人員　 | ・入所：入所者数　　　　　　人・通所：通所者数　　　　　　人・職員：　　　　　　　　　　人 |
| 発生状況　　 | インフルエンザ様症状を有する者 |
| 月／日 | Ａ 新規発症者数（人） | Ｂ 現在有症状者数（人） | Ｃ 累計患者数（人） |
| 入所者・通所者 | 職員 | 入所者・通所者 | 職員 | 入所者・通所者 | 職員 |
| ／ |  |  |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |  |  |
| ※Ｃ欄は、Ａ欄の数の累計を記入してください。 |
| 迅速検査の結果　 | Ａ型陽性　　　　　　　　人　　　　Ｂ型陽性　　　　　　人ＡＢともに陰性　　　　　人　　　　検査未実施　　　　　人 |

|  |
| --- |
| ※報告を行う場合診断した医師により症状や所見からインフルエンザが疑われ、次のいずれかに該当する場合1. 死亡者又は重篤患者が１週間内に２名以上発生した場合
2. （同一感染症による）累計患者数が１０名以上又は全利用者の半数以上発生した場合

③　①及び②に該当しない場合であっても、特に施設長が報告を必要と認めた場合 |