【 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 |