

(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）

平成29年12月8日 9時00分

発信者 ○○ ○○

施設種別 △△△△△

(フリガナ)

発生施設名 ◇◇◇◇◇◇◇◇ 施設長名 ○○ ○○

所在地 □□□□□□□□ 電話番号 XXXXXXXXXX

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 <u>50</u> 人 ・通所：通所者数 <u>0</u> 人 ・職員： <u>30</u> 人	12/6の4名－治癒1名＋新規3名＝6名					
発生状況	インフルエンザ様症状を有する者	Cの合計が10名以下であり報告不要					
最初の発症者	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
	12/4	1	0	1	0	1	0
	12/5	1	0	2	0	2	0
	12/6	2	1	4	1	4	1
	12/7	3	1	6	2	7	2
	12/8	1	0	7	2	8	2
	/						
12/8に10名以上(8+2=10)となったので、12/4以降の状況を12/8報告							
※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 <u>9</u> 人	B型陽性 <u>0</u> 人					
	ABともに陰性 <u>0</u> 人	検査未実施 <u>1</u> 人					

報告の速さを優先するので、分かる範囲で記載

- ※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週間以内に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