

感染症発生報告（初回報告用）

下記の報告基準ア・イ・ウのいずれかに該当する場合には **県又は市町の主管課及び保健所へ報告** をする。
 （「社会福祉施設等における感染症発生時に係る報告について」平成17年2月22日厚生労働省通知）

■ 報告基準 ※ア～ウの該当するものを○で囲む

ア	同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる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
イ	同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合
ウ	ア及びイに該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合

■ 疾患名 ※該当する疾患を○で囲む

新型コロナウイルス感染症	インフルエンザ様疾患	感染性胃腸炎	その他（ ）
--------------	------------	--------	--------

報告日：令和 5 年 12 月 8 日 9 時 00 分

1. 施設の概要

施設種別	○○○○	報告者(職/氏名)	○○ ○○
施設名	△△△△△	施設長名	○○○○
所在地	◇◇◇◇◇◇	電話番号	×××××
メール	□□□□□□	FAX番号	×××××
総人員	利用者： ____○○人 ・ 職員： ____○○人		
	12/6の4名+新規3名-入院1名=6名		

2. 発生状況 ※ 初めに陽性者が発生した日から報告日までを記入 (単位：人)

月/日	A 新規陽性者数 (実)		B 有症状者数 (実)		C 累計患者数 (延)	
	利用者	職員	利用者	職員	利用者	職員
初めの陽性者 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に報告						

※インフルエンザ様疾患の場合

迅速検査結果：A型陽性 ____9人 ・ B型陽性 ____0人 ・ 型不明 ____0人 ・ 検査未実施 ____1人

その他〈連絡事項〉

分かる範囲で記入

12/7の新規陽性者1名は、○○病院に入院中です。
 死亡者はありません。

重篤患者や死亡者等の情報があれば記載

3. 嘱託医又は協力医療機関

有	無	医療機関名 (○○○○○病院)
---	---	-------------------