

(様式1)

感染症・食中毒疑い事例発生報告書

報告作成日： ○○年 1月 19日

施設名	○○○園	施設等種別	特別養護老人ホーム
連絡者	鴨江 町夫	施設長 (管理者)	浜松 市郎
所在地	浜松市○○区○○町○○○-○		
電話	053-○○○-○○○○	FAX	053-○○○-○○○○
嘱託医師	○○ ○○	(医療機関名 ○○内科医院)	
発生日時	○○年 1月 16日 9時 ~		

診断名	感染性胃腸炎							
主な症状	<input checked="" type="checkbox"/> 下痢 <input checked="" type="checkbox"/> 嘔吐 <input checked="" type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 神経症状(しびれ、意識障害等) <input type="checkbox"/> その他 ()							
発症経過	フロア・ユニット・学級等	在籍者数	発症者数(発症日別)					小計
			1/16	1/17	1/18	1/19	/	
利用者	1階あやめ	25	1	2	4	2	9	
	2階さつき	25			1	4	5	
	3階うめ	20						
	4階さくら	20						
	利用者合計	90	1	2	5	6	14	
職員	職員	30			1(早退)	2(病欠)	3	
	調理従事者	10						
	職員合計	40			1	2	3	
受診状況	受診者数	12人	喫食状況					給食 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし → <input checked="" type="checkbox"/> 施設内調理 <input type="checkbox"/> 施設外調理 → <input checked="" type="checkbox"/> 残食あり <input checked="" type="checkbox"/> 検食あり その他共通喫食 <input type="checkbox"/> あり() <input checked="" type="checkbox"/> なし
	入院者数	1人						
直近(2週間以内)の行事等	① 1月10日 (内容 カラオケ大会) <input checked="" type="checkbox"/> 施設内 <input type="checkbox"/> 外出	家族等への情報提供					<input checked="" type="checkbox"/> 電話・口頭 <input checked="" type="checkbox"/> 施設内掲示 <input type="checkbox"/> 書面で周知 <input checked="" type="checkbox"/> メール・アプリ	
	② 1月15日 (内容 誕生日会) <input checked="" type="checkbox"/> 施設内 <input type="checkbox"/> 外出							
対応状況 <small>(実施したものにチェック)</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 手洗い・手指消毒の徹底 <input checked="" type="checkbox"/> ペーパータオル使用 <input checked="" type="checkbox"/> 使い捨て手袋の使用 <input checked="" type="checkbox"/> マスク着用 <input checked="" type="checkbox"/> 換気の徹底 <input checked="" type="checkbox"/> 施設内の消毒 <input type="checkbox"/> ゾーニング <input type="checkbox"/> 施設閉鎖・休業等 <input type="checkbox"/> その他 ()							

各ユニット、フロア、学級(クラス)の総人数

非常勤・臨時職員含む

調理業務委託の従業者含む

初発からの(関連性のある)発症者(利用者及び職員)の合計が十人を超えた場合に報告する(二十人以下の施設は半数以上) 他、厚労省通知参照

種別ごとの報告先から施設所管課を確認し記入

嘱託医への連絡	<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> これから	施設側の判断	<input checked="" type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 食中毒
施設所管課への報告	高齢者福祉課		
保健所への報告 (TEL及びFAXをする)	<input checked="" type="checkbox"/> 感染症疑い：生活衛生課感染症対策G (TEL：453-6118 FAX：453-6230) <input type="checkbox"/> 食中毒疑い：生活衛生課食品安全対策G (TEL：453-6114 FAX：459-3561)		

※本様式は該当事案を把握次第、直ちに各施設を所管する課と保健所の両方へ送付する。