

(様式1)

感染症・食中毒疑い事例発生報告書

報告作成日： 〇〇年 1月 19日

施設名	〇〇〇園	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	浜松市〇〇区〇〇町〇〇〇-〇		
電話	053-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX	053-〇〇〇-〇〇〇〇
嘱託医師	〇〇 〇〇	(医療機関名 〇〇内科医院 )	
発生日時	〇〇年 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 (実施したものにチェック)	<input checked="" type="checkbox"/> 手洗い・手指消毒の徹底 <input checked="" type="checkbox"/> マスク着用 <input type="checkbox"/> ゾーニング <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input checked="" type="checkbox"/> ペーパータオル使用 <input checked="" type="checkbox"/> 換気の徹底 <input type="checkbox"/> 施設閉鎖・休業等		<input checked="" type="checkbox"/> 使い捨て手袋の使用 <input checked="" type="checkbox"/> 施設内の消毒			

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。