

認可外保育施設関係事務連絡会 (実施月：令和6年3月)	資料ク
資料格納日：令和6年3月19日 動画公開期間：令和6年3月19日～令和6年9月30日	

感染症・食中毒疑い事例発生報告書の 提出について

<担当>

指導グループ	TEL : 457-2117
--------	----------------

<基本情報>

対象類型	法届出 対象施設	認証保育所	○
		企業主導型保育事業	○
		その他の法届出対象施設（認証保育所・ 企業主導型保育事業・ベビーシッター以外）	○
		ベビーシッター	○
	顧客児童限定 保育施設	その他の顧客児童限定保育施設 （ベビーシッター以外）	○
		ベビーシッター	○
通知の状況	有り	通知日	
		通知方法	メール その他
	無し		
提出書類 の有無	全施設提出 該当する施設のみ提出	提出期限	
		提出方法	
	提出無し		

(様式1) 感染症・食中毒疑い事例発生報告書 (保育所・認定こども園)

記入例

報告日時: ○○年 1月 19日 10時 30分

施設名	○○○保育園	施設等種別	保育所 (市立)
連絡者	元城 町子	施設長	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 ○○小児科医院)	
発生日時	H30年 1月 16日 9時 ~ 現在継続・既に終息 (年 月 日 時)		

主な症状	<input checked="" type="checkbox"/> 下痢 (軟便・水様便・粘液便) <input checked="" type="checkbox"/> 嘔吐 <input checked="" type="checkbox"/> 腹痛 <input checked="" type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発汗 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 変色 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 意識障害 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (1名が脱水症状により入院)	
------	--	--

前日計上の患者を除く、新たな発症者数

職員は括弧()書きで利用者数とは別に記載

各学級の総人数

非常勤・臨時職員含む

調理業務委託の従業者含む

発症経過	フロア 学級等	在籍者数	発症者数 (発症日別)				累計 14(+3)人	報告時 有症者数
			1/16	1/17	1/18	1/19		
利用者	1階0歳児	16	1	2	4	2	8	
	1階1歳児	20			1	4	5	
	1階2歳児	20						
	2階3歳児	30						
	2階4歳児	30						
	2階5歳児	30						
利用者合計		146	1	2	5	6	13	
職員	職員	20			1(早退)	2(病欠)		
	調理従事者	10						
職員合計		30			1	2	3	

初発からの関連性のある発症者利用者の累計が10人を超えた場合
報告する(20人以下の施設は半数以上) 他 厚労省通知参照

受診状況	受診人数 12人	医療機関名	○○小児科等、各自のかかりつけ医 1名(17日発症者)○○病院入院	
	入院者数 1人			
	診断結果	感染性胃腸炎	検査結果	職員1名 ノロウイルスの診断

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 checked="" type="checkbox"/> あり (餅つきでの喫食) <input type="checkbox"/> なし	直近の 行事等	①1月16日 広場事業と合同 (内容 餅つき) <input checked="" type="checkbox"/> 施設内 <input type="checkbox"/> 外出 ②1月22日 中止も検討中 (内容 誕生日会) <input checked="" type="checkbox"/> 施設内 <input type="checkbox"/> 外出
------	--	------------	--

概要 (対応状況等) 嘔吐時の対応、感染予防について全職員に周知。各家庭への注意喚起と登園時の健康確認を徹底。施設内の消毒、手洗いの徹底、使い捨て紙タオルの使用。オムツ交換時の使い捨て手袋の使用。体調不良の職員の早めの退勤。餅つきに参加した広場利用者からは体調不良の報告なし。

(施設側の判断: 感染症 食中毒)

嘱託医への連絡	<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> これから	家族等への情報提供	<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> これから
施設所管課への報告	<input checked="" type="checkbox"/> 幼児教育・保育課 (TEL: 457-2117 FAX: 457-2039)		
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 18-02版

※令和6年度より幼保運営課