

(様式1)

感染症・食中毒疑い事例発生報告書

報告作成日： 年 月 日

施設名		施設等種別	
連絡者		施設長 (管理者)	
所在地	浜松市 区		
電 話		F A X	
嘱託医師	(医療機関名)		
発生日時	年 月 日 時 ~		

診断名									
主な症状	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input 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
				/	/	/	/	/	
	利用者								
		利用者合計							
職員	職員								
	調理従事者								
	職員合計								
受診状況	受診者数	人		給食 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし → <input type="checkbox"/> 施設内調理 <input type="checkbox"/> 施設外調理 → <input type="checkbox"/> 残食あり <input type="checkbox"/> 検食あり					
	入院者数	人							
直近(2週間以内)の行事等	① 月 日 (内容) <input type="checkbox"/> 施設内 <input type="checkbox"/> 外出	喫食状況		その他共通喫食 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし					
	② 月 日 (内容) <input type="checkbox"/> 施設内 <input type="checkbox"/> 外出								
	家族等への情報提供			<input type="checkbox"/> 電話・口頭 <input type="checkbox"/> 施設内掲示 <input type="checkbox"/> 書面で周知 <input type="checkbox"/> メール・アプリ					
対応状況 <small>(実施したものにチェック)</small>	<input type="checkbox"/> 手洗い・手指消毒の徹底 <input type="checkbox"/> マスク着用 <input type="checkbox"/> ゾーニング <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> ペーパータオル使用 <input type="checkbox"/> 換気の徹底 <input type="checkbox"/> 施設閉鎖・休業等		<input type="checkbox"/> 使い捨て手袋の使用 <input type="checkbox"/> 施設内の消毒				

嘱託医への連絡	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> これから	施設側の判断	<input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 食中毒
施設所管課への報告	<input type="checkbox"/> 課		
保健所への報告 (TEL及びFAXをする)	<input type="checkbox"/> 感染症疑い：感染症対策課感染症対策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：050-3385-7161)		

※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。