(社会福祉施設等感染症等発生報告様式)

社 会 福 祉 施 設 等 感 染 症 等 発 生 報 告 書（第　　報）

吉田町福祉課

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所・施設名 | | |  | | | 報告（作成）日 | | 年　　月　　日 |
| 所　　在　　地 | | |  | | | 事業・施設の種類 | |  |
| 経　営　主　体 | | |  | | | 利　用　者　数 | |  |
| 施　設　長　名 | | |  | | | 職　　員　　数 | |  |
| 担　当　者　名 | | |  | | | 連　　絡　　先 | | TEL |
| 発  症  の  状  況 | | 患者総数 | 人 | | | 利用者　 人　（男　　 人・女　　 人） | | |
| 職　員　　 人 （男　　 人・女 　　人） | | |
| 現在の  患者数 | 人 | | | 利用者　 人　（男　　 人・女　　 人） | | |
| 職　員　　 人 （男　　 人・女 　　人） | | |
| 発症日 | 年　　月　　日 | | | 年　齢 | 利用者　(　　 　歳～ 歳) | |
| 終息日 | 年　　月　　日 | | | 職　員　(　　　 歳～　　 　歳) | |
| 症状の程度 |  | | | | | |
| 入院の有無 | 無・ | 有（　　　人） | 利用者　 人　（男　　 人・女　　 人） | | | |
| 職　員　　 人 （男　　 人・女 　　人） | | | |
| 死亡の有無 | 無・ | 有（　　　人） | 利用者　 人　（男　　 人・女　　 人） | | | |
| 職　員　　 人 （男　　 人・女 　　人） | | | |
| 受診医療  機 関 |  | | | | | |
| その他参考となること |  | | | | | |
| 施設の  対応状況 | | 有症者への  対　 　応 |  | | | | | |
| 衛生管理  状　 　況 |  | | | | | |
| そ　の　他 |  | | | | | |
| 保健所から施設への指導内容 | | |  | | | | | |
| 判明次第 | 菌検査等の  結 果 | | (　　年　　月　　日記載) | | | | | |
| 発生原因  感染経路等 | | (　　年　　月　　日記載) | | | | | |