

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)				