

届出様式（医療機関用）

(宛先)

秋田県

保健所長

報告日 令和 年 月 日
(時 分現在)

名 称

所在市町村

管理者氏名

担当職氏名

連絡先

医療機関における感染症発生報告
(重大な院内感染事案の発生について)

患者発生 状況	疾患名				
	主な症状				
	感染範囲	<input type="checkbox"/> 病院全体 <input type="checkbox"/> 一部区画 ()			
	入院患者・職員数		有症者数	うち重症者数	死亡者数
	入院患者	名	名	名	名
	職員	名	名	名	名
	感染範囲合計	名	名	名	名
発生経過	※記載欄が不足する場合は別紙 (任意様式)				
※記載欄が不足する場合は別紙 (任意様式)					
病院の 対応状況					
その他 特記事項					

※次の重大な院内感染事案が発生した場合、速やかに保健所へ電子メール又はファクシミリで報告してください。

- 1 同一医療機関内で同一菌種等による院内感染の発病症例が10名以上発生した場合
- 2 当該院内感染事案との因果関係が否定できない死亡者が発生した場合
- 3 その他、医療機関が報告・相談することが望ましいと判断した場合