

報告日 令和 年 月 日

(宛先)

(時 分現在)

秋田県

保健所長

施設名 _____

施設長 _____

社会福祉施設等における感染症発生報告 (疑い含む)

施設	名称			所在地		
	施設区分			担当職氏名		
	TEL			施設医氏名		
	FAX			(所属)	()	
患者発生 状況	疾患名					
	利用者・職員数		有症者数	うち重篤患者数	死亡者数	
	利用者	(入所)	名	名	名	名
		(通所)	名	名	名	名
		(園児)	名	名	名	名
	職員	名	名	名	名	
	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)					
施設対応 状況	対応マニュアル	有 ・ 無				
その他 特記事項						

※次の場合、速やかに保健所にファックス等で報告してください。

- (1) 同一の感染症(疑われる者を含む)による死亡者又は重篤患者が1週間以内に2名以上発生した場合
- (2) 同一の感染症(疑われる者を含む)が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合
- (3) 同一感染症における通常の発生動向を上回る感染症の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合