

報告日 令和 年 月 日

(宛先) (時 分現在)

秋田県 秋田中央 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		
		(園児)	名	名		
	職員	名	名			
	合計	名	名	名	名	
発生経過	○月△日 3歳児1名発熱あり、翌日インフルエンザAと診断。 ○月□日 4歳児2名に発熱・咳症状あり、1名が同日インフルエンザAと診断。1名は未検査。 ・ ・ ・ 延べ10名(園児 名、職員 名)に症状あり。					
※記載欄が不足する場合は別紙(任意様式)						
施設対応	対応マニュアル	有 ・ 無				
状況	・嘱託医への報告及び相談 ・施設内の消毒強化 ・面会禁止 ・感染対策委員会の開催 ・施設内の感染流行状況を掲示 ・利用者の手洗いの徹底及び職員の手指消毒 ・有症者の隔離 ・有症者担当職員の限定					
その他 特記事項						

インフルエンザの場合、A型かB型まで記入してください。

施設から医療機関に入院した後に死亡した人を含みます。

時系列が分かるように記載し、上に記入した有症者数と人数が合うように記入します。

※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
- (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

同一の症状があり、感染が疑われる方が延べ10名以上(全利用者半数以上)と解釈します。