**社会福祉施設などにおける感染症集団発生報告書**

|  |
| --- |
| * 報告基準  1. 同一の感染症もしくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者１）が連続する７日間に1名以上発生した場合 2. 同一の感染症もしくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が連続する７日間に10名以上２）又は全利用者の半数以上発生した場合 3. 1及び2に該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合   注記：1）入院例となった重篤な例（職員を含む）　　2）職員を含む |

上記に該当する場合は主管課にご報告いただくとともに、下記のメールアドレスまたはFAXにてご提出ください。その後、保健所まで電話にてご連絡ください。

＜施設情報＞

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名： | 報告者名（職種）： |
| 住所： | |
| TEL： | FAXまたはEmail： |
| 報告日： | 主管課への報告：　　済　　・　　未 |
| 施設医： | 施設医への報告：　　済　　・　　未 |
| 疾患名、主な症状等： | |

＜在籍者、疾患状況＞　集団発生の初発患者の発症日：　　　月　　　日（所属：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属（フロア等） | 在籍人数 | 報告時点の発症者  （診断者）数 | 入院者数 | （インフルエンザの場合）  検査結果 |
|  |  |  |  | A型 　　　人、B型　　　 　人、不明　 　　　人 |
|  |  |  |  | A型 　　　人、B型　　　 　人、不明　 　　　人 |
|  |  |  |  | A型 　　　人、B型　　　 　人、不明　 　　　人 |
|  |  |  |  | A型 　　　人、B型　　　 　人、不明　 　　　人 |
|  |  |  |  | A型 　　　人、B型　　　 　人、不明　 　　　人 |
| 利用者合計 |  |  |  | A型 　　　人、B型　　　 　人、不明　 　　　人 |
| 職員（調理師除く） |  |  |  | A型 　　　人、B型　　　 　人、不明　 　　　人 |
| 職員（調理師） |  |  |  | A型 　　　人、B型　　　 　人、不明　 　　　人 |
| 職員合計 |  |  |  | A型 　　　人、B型　　　 　人、不明　 　　　人 |
| * 報告日までに行った対応等　例）家族への通知や行事の延期 | | | | |

# 宛先）中央区保健所　健康推進課　感染症対策係

# TEL：3541-5988 FAX：3541-4259　　Email：kansensho@city.chuo.lg.jp