

社会福祉施設等感染症（疑）集団発生について

報告年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

施設名 _____

通報者 職・氏名 _____

施設	分類（※1）							
	代表者							
	所在地							
	電話 / F A X	/						
	利用者数	入所者： _____ 名，入所者以外の利用者 _____ 名，職員： _____ 名		その他：（ _____ ） 合計： _____ 名				
	給食施設	有（ _____ 回/日，概ね _____ 食/回） ・ 無						
	→業者（※2）	名称： _____		所在地： _____				
		電話： _____						

感染症の名称（※3）								
発生の状況 〔新たな発症者数を症状が出現した日に計上すること。〕	初発： _____ 年 _____ 月 _____ 日（午前/午後 _____ 時 _____ 分）							
	発症者数： _____ 名（ _____ 年 _____ 月 _____ 日現在） （内訳）利用者： _____ 名，職員： _____ 名，その他： _____ 名							
	区分 定員	階 歳児	階 歳児	階 歳児	階 歳児	階 歳児	階 歳児	職 員
	日付	名	名	名	名	名	名	名
	/							
	/							
	/							
	/							
概要 （自由記載）								
主 症 状	<input type="checkbox"/> 発熱： _____ 名（最高 _____ ℃） <input type="checkbox"/> 嘔吐： _____ 名（最高： _____ 回） <input type="checkbox"/> 下痢： _____ 名（水様便： _____ 名，血便： _____ 名） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）							
	<input checked="" type="checkbox"/> 重篤患者： _____ 名：年齢及び状況等（ _____ ） <input type="checkbox"/> 入院患者： _____ 名：年齢及び状況等（ _____ ）							
受 診 状 況	有 ・ 無							
	※有の場合→医療機関名： _____							

※1 施設の種類：社会福祉施設，幼稚園，学校等

※2 業者：施設独自の場合は「同施設」と，委託の場合は業者名等を記載

※3 感染症の名称：確定前は「・・・疑い」と記載

記載例

社会福祉施設等感染症（疑）集団発生について

報告年月日 令和元年12月 3日10時30分施設名 宇都宮保健保育園通報者 職・氏名 主任 宇都宮 花子

施設	分類（※1）	社会福祉施設（児童福祉施設）
	代表者	園長 宇都宮 太郎
	所在地	宇都宮市竹林町972
	電話 / FAX	028-626-1114 / 028-626-1133
	利用者数	入所者： 名，入所者以外の利用者110名，職員：20名 その他：（ ） 合計：130名
	給食施設	有（ 1回/日，概ね 115食/回 ） ・ 無
	→業者（※2）	名称：同施設 所在地： 電話：

感染症の名称（※3）		感染性胃腸炎（疑い）						
発生の状況	初 発：令和元 年12月 1日（午前/午後 11時 30分）							
	発症者数： 7名（令和元 年12月 3日現在） （内訳）利用者： 7名，職員： 0名，その他： 名							
	区分 定員	階 0歳児	階 1歳児	階 2歳児	階 3歳児	階 4歳児	階 5歳児	職 員
	日付	10名	15名	20名	25名	20名	20名	20名
	12/1	3	園児ABC					
12/2	2	園児DE（新たに発症した者の数のみ記載）						
12/3	2	園児FG（同上）						
（新たな発症者数を症状が出現した日に計上すること。）	<p>12月1日0歳クラス園児ABCが発症⇒有症者ABC</p> <p>2日0歳クラス園児DEが新たに発症（Aは軽快，BCは症状継続）⇒有症者BCDE</p> <p>3日0歳クラス園児FGが新たに発症（Bは軽快，CDEは症状継続）⇒有症者CDEFG</p>							
概要 （自由記載）	<p>0歳児クラス10名中7名が発症</p> <p>他のクラスの園児及び職員に発症者はいない</p>							
主 症 状	☑発熱： 2名（最高38.0℃）				☑嘔吐： 7名（最高： 2回）			
	☑下痢： 2名（水様便： 2名，血便： 0名）				☐その他（ ）			
受 診 状 況	●重篤患者： 0名：年齢及び状況等（ ）							
	○入院患者： 0名：年齢及び状況等（ ）							
受 診 状 況		有 ・ 無						
		※有の場合→医療機関名：宇都宮保健クリニック						

※1 施設の種類：社会福祉施設，幼稚園，学校等

※2 業者：施設独自の場合は「同施設」と，委託の場合は業者名等を記載

※3 感染症の名称：確定前は「・・・疑い」と記載