

社会福祉施設等における感染症集団発生時に係る報告

報告年月日 年 月 日()

施設の基本情報

施設名		TEL	
施設住所		FAX	
担当者氏名	職名: 氏名:	メールアドレス	
施設長氏名			
嘱託医	勤務先病(医)院名:	医師名:	
入所者数	人(定員 人)	フロア・ユニット 配属先名	在籍者数
			利用者
短期入所	人(定員 人)		
通所	人(定員 人)		
入所者内訳			
要支援・介護1	人		
要介護2・3	人		
要介護4・5	人		

報告 する 疾患	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	主な 症状	<input type="checkbox"/> 発熱
	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症		<input type="checkbox"/> 発しん
	<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎		<input type="checkbox"/> 呼吸器症状(咳・痰・咽頭痛)
	<input type="checkbox"/> その他の感染症		<input type="checkbox"/> 消化器症状(腹痛・嘔吐・下痢・血便)
	(疾患名:)		<input type="checkbox"/> その他()

初発状況

発生日	年 月 日() 時	主な症状	
年齢・性別	歳 男性・女性 利用者・職員	医療機関	
発生時の状況・ 拡大につながった と考えられる理由			

現在の状況

感染症 BCP 発動の有無	なし ・ あり(内容)
本日時点の有症状者数	人 (うち職員 人 職員内訳:介護職 人、看護職 人、事務職 人、その他 人)
有症状利用者数	治療薬の投与 有 ・ 無
入所者	人 内容: 入院人数 人 (入院医療機関:)
通所者	人 年齢、性別、状況等:
その他	人

記録者名 _____