

感染症等発生時における保健福祉事務所及び市町村社会福祉施設等主管部局への報告用紙  
(保育所を除く入所・通所施設用)

保健福祉事務所受理日時	年 月 日 時 分	受理者	
-------------	-----------	-----	--

別紙「保育所以外の施設における感染症等発生時の報告基準及び記入上の注意」により記入し、速やかに関係機関に報告してください。(特に、※部分に注意してください。)

報告日: 年 月 日 (第 報)

施設名	報告者職・氏名								
	電 話		- -						
施設所在地									
病名(診断名)※1	発生日時※2		年 月 日 時						
主な症状※1	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他( )								
患者等 発生状況※3  (欄が不足する場合には別紙に記載)	区分			月 日 時現在※3		備 考 ※5			
	入通 所	階	部屋	利用者数	発症者数※4		入院者数※4		
発症者数(a)					新規 発症者数 (aの内数)	発症者のうち 入院者数(b)	新規 入院者数 (bの内数)		
入所者の状況	入所								
	通所								
	小 計								
職員の状況	職 員 (調理従事者は除く)								
	調理従事者								
	小 計								
	合 計								
喫食の状況	給食 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 施設内調理 <input type="checkbox"/> 施設外・関連施設(調理施設名: ) )				残食・検食の有無( <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 )				
受診状況	医療機関名		担当医師						
備考									