別紙２（第５条関係）

（表面）

社会福祉施設等感染症等発生報告書

* 第一報　　　　年　　月　　日
* 対応報告　　　年　　月　　日

法人名称及び代表者等氏名

（氏名）　　　　　　　　　　　印

　当施設において、次の感染症等が発生したので報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設種別 | | | | | | | | |
| 電　話　　　　（　　　）  施設所在地　 ＦＡＸ　　　　（　　　） | | | | | | | | |
| 施設長氏名 | | | | | | | | |
| 報告者氏名 | | | | | | | | |
| 感染症名 | 結核　・　食中毒　・　ノロウイルス　・　インフルエンザ　・  　その他（　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 発生状況及び  経過 | 発生状況  発生経過 | | | | | | | |
| 月　　　　日 |  |  |  |  |  |  |  |
| 発生利用者数  （発症職員数） | （　） | （　） | （　） | （　） | （　） | （　） | （　） |
| 症 　状　 等 |  |  |  |  |  |  |  |
| 受診医療機関 | 電話 | | | | | | | |
| 連絡状況 | 家族への連絡（　有　・　無　）  利用決定機関への連絡（ 有　・　無 ）（機関名：　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 保健所の対応 |  | | | | | | | |
| 損害賠償の状況 | あり　・　なし　・　検討中　・　その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 再発防止に向け た今後の対応・ 取り決め |  | | | | | | | |

※ 必要に応じて、各項目や発生経過欄は適宜追加してください。なお、裏面にも記載してく　ださい。

（裏面）

発症者氏名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 氏名 | 性別 | 年齢 | 入院・通院の別、症状等について | 備考  （利用者・職  員の別、等） |
|  |  | 男・女 | 歳 |  |  |
|  |  | 男・女 | 歳 |  |  |
|  |  | 男・女 | 歳 |  |  |
|  |  | 男・女 | 歳 |  |  |
|  |  | 男・女 | 歳 |  |  |
|  |  | 男・女 | 歳 |  |  |
|  |  | 男・女 | 歳 |  |  |
|  |  | 男・女 | 歳 |  |  |
|  |  | 男・女 | 歳 |  |  |
|  |  | 男・女 | 歳 |  |  |
|  |  | 男・女 | 歳 |  |  |
|  |  | 男・女 | 歳 |  |  |
|  |  | 男・女 | 歳 |  |  |
|  |  | 男・女 | 歳 |  |  |
|  |  | 男・女 | 歳 |  |  |
|  |  | 男・女 | 歳 |  |  |

※ 記入欄が不足する場合は、適宜項目を追加するか、コピーしてください。