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。