

## 【社会福祉施設】 集団感染発生報告書（初回・経過・終息）

保健所長 様

報告日 年 月 日

## 【施設情報】

施設種別	高齢者施設・障害福祉施設 その他（ ）	サービス形態	入所系・通所系 その他（ ）
サービス種類			
施設名称			
施設住所			
電話番号		E-mail	
担当者名		担当者職種	
入所者数 利用者数	人	職員数	人

## 【疾患名等】

疾患名		主な症状	
-----	--	------	--

## 【報告理由】 ※該当する理由に○をしてください。

報告理由	ア 同一の感染症による又はそれらによると疑われる死亡者又は重症者が1週間以内に2名以上発生した場合 イ 同一の感染症の患者又はそれが疑われる者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合（1週間以内の累計を目安とする） ウ ア及びイに該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、死亡者が発生した場合など、特に施設長が報告を必要と認めた場合
------	--

## 【喫食状況】 ※感染性胃腸炎の場合のみご記載ください。

喫食状況	<input type="checkbox"/> 給食 <input type="checkbox"/> 施設内調理 <input type="checkbox"/> 施設外・関連施設	<input type="checkbox"/> 残食あり <input type="checkbox"/> 検食あり
給食職員数	人	

## 【発生状況】 ※発生ユニット、エリアごとに記入してください。

発生 ユニット・フロア名	初発患者判明日	累計発生者数* (入所者・利用者)	累計発生者数* (職員)
	年 月 日	人	人
	年 月 日	人	人
	年 月 日	人	人
	年 月 日	人	人
	年 月 日	人	人

※「累計発生者数」には、新型コロナウイルス感染症の場合は「感染者数」を、新型コロナウイルス感染症以外の場合は「有症状者数」をご記入ください。

**【療養状況等】**

施設内療養者数（報告日時点）※新型コロナウイルス感染症	人
有症状者数（報告日時点）※新型コロナウイルス感染症以外	人
入院者数（報告日時点）※罹患後に入院した者に限る	人
死亡者数（累計）※罹患後に死亡した者に限る	人

**【発生患者経過】**

別添1「発生患者経過表」を作成し、報告書に添付してください。

**【終息報告】** ※終息報告の際に記入してください。

終息年月日	年 月 日
-------	-------

**【備考】** ※保健所への連絡欄として使用してください。

--