

社会福祉施設等集団発生事例報告(感染症発生状況報告)票

1	報告日	年 月 日 時	報告者氏名
2	感染症名		
3	施設名		
	所在地		
	TEL・FAX	TEL	FAX
	メールアドレス		
	給食	☐ あり ☐ なし (外部 ・ 内部)	
	嘱託医 (協力医療機関)		
3	(保育所の場合)		
	施設種別	☐ 保育所 ☐ その他()	
	園児数・生徒数	名	※うち陽性者 名
	職員数	名	※うち陽性者 名
	(保育所以外の社会福祉施設の場合)		
	施設種別	☐ 養護老人ホーム ☐ 特別養護老人ホーム ☐ 介護老人保健施設 ☐ 有料老人ホーム(住宅型・介護型) ☐ グループホーム(認知症・障がい者) ☐ デイサービスセンター(老人・障がい者) ☐ その他()	
	入所・通所者数	入所者数 名 通所者数 名	※うち陽性者 名
	職員数	名(職種別:)	※うち陽性者 名
	併設サービス (デイ・ショート)		
4	患者の容態	入院 名 死亡 名	(死亡年月日)
5	特記事項	発生状況の具体的な記載をお願いします。 例: 園児陽性者の内訳は、A組1名/全30名、B組4名/28名、C組1名/33名。 またC組の陽性者はB組陽性者の兄弟児。 職員陽性者の内訳は、A組担当1名、B組担当2名。全園児と接触あり1名。	
6	保健所記入欄		

この報告は、「社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について」に基づいた報告です。
 社会福祉施設ではない施設(学校等)も、準じる報告・対応をお願いする際にはご提出をお願いしています。
 ご協力よろしくお願いします。

<報告先> 嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所 (保健衛生課感染症係)
 TEL 0948-21-4972
 FAX 0948-24-0186
 メール kahokurate-hhe-kansen@pref.fukuoka.lg.jp

施設名:()

疾患:(感染症診断名)

※呼吸器疾患の場合:○発熱、□喉の痛み、△咳 ※消化管疾患の場合:○発熱、□腹痛、△嘔吐、▽下痢

所属	NO	発症者	性別	年齢	部屋(クラス)	列1	列2	列3	列4	列5	列6	列7	列8	列9	列10	列11	列12	列13	列14	列15	列16	検査日	結果	備考
園児 または 利用者	1																							
	2																							
	3																							
	4																							
	5																							
	6																							
	7																							
	8																							
	9																							
	10																							
	11																							
	12																							
	13																							
	14																							
	15																							
	16																							
	17																							
	18																							
	19																							
	20																							
職員	1																							
	2																							
	3																							
	4																							
	5																							
	6																							
	7																							
	8																							
	9																							
	10																							

新たな発症者数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
有症状者数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

検査実施	0
陽性	0

施設名：(〇〇施設)

疾患：(インフルエンザ感染症)

日付を記載してください

※呼吸器疾患の場合：○発熱、□喉の痛み、△咳 ※消化管疾患の場合：○発熱、□腹痛、△嘔吐、▽下痢

所属	NO	発症者	性別	年齢	部屋(クラス)	1/3	1/4	1/5	1/6	1/7	1/8	1/9	1/10	1/11	1/12	1/13	1/14	1/15	1/16	1/17	1/18	検査日	結果	備考
園児 または 利用者	1	F.T.	男性	88	107	○	○	○	○	○	○	○	○									1/9	+	インフルエンザB型
	2	I.H.	女性	84	205		○△	○△	○△	○△	○△	△	△									1/9	+	インフルエンザA型
	3	Y.I.	男性	94	203			□	□	□△	○□△											1/8	+	インフルエンザA型、1/8～入院
	4	K.J.	男性	90	203				○□	○□	○□△	○□△	○□△									1/9	+	インフルエンザA型
	5	I.S>	男性	92	107				○	○	○	○	○									1/9	－	
	6	U.Y.				有症状者の氏名(イニシャル可)、性別、年齢を記入してください ・氏名記載の場合はファイルにパスワードを掛けてください ・確定診断がついていない人も、流行している感染症症状に該当する有症状者は記載してください																1/9	－	
	7	K.G																				1/9	+	インフルエンザA型
	8	M.M.																				1/10	+	インフルエンザA型
	9	O.M.	女性	79	206						□	□	□									1/9	－	
	10	A.T.	男性	84	202						△	△	△○									1/9	－	
	11																							
	12																							
	13																							
	14																							
	15																							
	16					部屋は利用者の部屋番号やクラス名を記入してください。																		
	17																							
	18					職員の場合は担当する部屋やクラスが分かるように記入してください。																		
	19																							
	20																							
職員	1	N.T.	男性	64	2階担当						□	□	□									1/8	+	インフルA型、2番N.H.の夫、1/9～病休
	2	N.H.	女性	64	2階担当					□△	○□△	○□△	○□△									1/9	+	インフルA型、1番N.T.の妻、1/8～病休
	3	K.J.	男性	44	2階担当						□	○□△	○□△									1/9	+	インフルA型、1/9～病休
	4	K.S.	女性	34	看護師							□	□○									1/9	－	1/10～病休。3番Y.I.の入院時に救急車同乗
	5	W.Y.	女性	30	1階担当							□	□									1/9	+	インフルエンザB型
	6	K.R.	女性	49	2階担当							□	□									1/9	－	
	7	S.S.	女性	51	2階担当							□	□									1/9	－	
	8	M.A	男性	54	1階担当							□	□									1/9	－	
	9																							
	10																							

新たな発症者数	1	1	1	2	2	5	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0
有症状者数	1	2	3	5	7	12	16	17	0	0	0	0	0	0	0	0

検査実施	18
陽性	0