

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
 県東健康福祉センター

探 知	平成 年 月 日	対応保健所：県東保健所
	時 分	調 査 開 始： 月 日 時
施 設	分類（※1）	
	名 称	
	代表者	
	所在地	
	電話/FAX	/
	利用者数	入所者： 名、入所者以外の利用者： 名、職員： 名 その他：（ ） 合計： 名
	給食施設	有（ 回/日、概ね 食/回） ・ 無
→業者（※2）	名 称：	
	所在地：	電話：
（疑） 感染症	（疑われる） 感染症の名称（※3）	（現在までの発症者数： 名）
医療機関受診状況	有 ・ 無 （有 の場合→医療機関名： ）	
主症状	発 熱（ °C程度）〔 人〕、腹 痛〔 人〕	
	おう吐（ 回程度）〔 人〕	
	下痢（水様便： 人《 回～ 回》）、（粘血便： 人《 回～ 回》）、 （血 便： 人《 回～ 回》）	
	その他（ ）	
	●重篤患者（ 名：年齢及び状況等： ）	
	○入院患者（ 名：年齢及び状況等： ）	
初 発	月 日〔 時〕（ 才）	
経 過	↓	
	月 日（ 人）〔 才～ 才〕	
	月 日（ 人）〔 才～ 才〕	
	月 日（ 人）〔 才～ 才〕	
	月 日（ 人）〔 才～ 才〕	

※1 施設の種類：社会福祉施設等、幼稚園、学校、飲食店等の詳細を記載すること。
 ※2 業者：施設独自の場合は「同施設」と、委託の場合は業者名等を記載すること。
 ※3 感染症の名称：確定前は「・・・の疑い」と記載すること。