

青く色がついている部分の入力をお願いします

施設等における患者発生状況報告書

施設から保福への報告日時:		令和6年2月13日 14時30分頃									
施設名	特別養護老人ホーム〇〇					施設長名	赤城 太郎				
所在地	富岡市〇〇123番地11										
TEL	0274-■■-□□□□	FAX	0274-■■-□□□□	発信者	赤城 花子						
定員	90名	職員	60名(うち調理従事者数			5名					
施設の種類	・高齢者介護関係施設: <input type="checkbox"/> 養護老人()名 <input checked="" type="checkbox"/> 特別養護老人(80名) <input checked="" type="checkbox"/> デイ・ショートステイ等(10名) <input type="checkbox"/> 軽費老人()名 <input type="checkbox"/> 有料老人()名 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設()名 <input type="checkbox"/> その他() ・児童婦人関係施設: <input type="checkbox"/> 保育所()名 <input type="checkbox"/> 児童養護施設()名 <input type="checkbox"/> 婦人保護施設()名 <input type="checkbox"/> その他() ・障害関係施設: <input type="checkbox"/> 知的()名 <input type="checkbox"/> 身体()名 <input type="checkbox"/> その他() ・その他 <input type="checkbox"/> 学校()名 <input type="checkbox"/> 幼稚園()名 <input type="checkbox"/> 小学校()名 <input type="checkbox"/> 高等学校()名 <input type="checkbox"/> 病院()名 <input type="checkbox"/> その他()										
	現在行っているサービスの定員数をご入力ください										
	施設の対応状況 1 同一感染症若しくは食中毒によると疑われる死亡者又は重篤者が1週間以内に2名以上発生した場合 2 同一の感染症若しくは食中毒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 【○で囲む】 3 1. 2に該当しないが、通常の発生動向を上回る感染症の発生が疑われ、施設長が必要と認めた場合										
	報告基準										
初発 ~		令和6年2月13日					までの発症者 実人数				
年齢区分(歳)	6以下	6~12(小学校)	13~15(中学校)	15~19代	20~30代	40~50代	60代	70代	80以上	合計	
利用者数内訳							4	20	61	85	
患者	利用者							2	9	11	
	職員				1	1				2	
入院(再掲)	利用者								1	1	
	職員										
主な症状	<input checked="" type="checkbox"/> 発熱(38~39℃) <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 発疹 <input checked="" type="checkbox"/> その他(咳、鼻水) <input checked="" type="checkbox"/> 新型コロナ様 <input type="checkbox"/> インフルエンザ様 <input type="checkbox"/> ノロ様 <input type="checkbox"/> その他()										
患者発生	初発患者: 令和6年2月9日13時30分頃										
状況経過等その他	思い当たる飲食物:	<input type="checkbox"/> 給食 <input type="checkbox"/> 弁当 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 行動 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 外泊 <input type="checkbox"/> 面会									
	思い当たる行動等:	<input checked="" type="checkbox"/> その他(初発例が職員であり、そこから拡大の可能性あり)									
診断名	新型コロナウイルス感染症					担当医師名	〇〇クリニック □□先生				
受信者	保健福祉事務所(保健所)担当者:										
日時	令和 年 月 日										
確認指導等	<input type="checkbox"/> 消毒 <input type="checkbox"/> 手洗い <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 行動 現在集団発生中の感染症名(例) ・新型コロナウイルス感染症 ・インフルエンザ(A型) ・感染性胃腸炎										
その他参考となる事項	※発生状況のグラフ(流行曲線)などを添付。										

【感染症の感染有無に関わらない】
施設の利用者(現在いるヒト: ショート利用も含む)の年齢別の人数を記載!!

【感染症に感染した人のみ】
上段: 集団発生している感染症に感染した施設の利用者(現在いるヒト: ショート利用も含む)の年齢別の人数を記載!!
下段: 集団発生している感染症に感染した施設職員の年齢別の人数を記載!!

指示をもらっていたり、施設から報告をした医療機関名・医師名(嘱託医など)をご記入ください。

指示をもらっていたり、施設から報告をした医療機関名・医師名(嘱託医など)をご記入ください。