様式２

感染症等報告書（発生時）

報告年月日　　年　　月　　日

事業所名		電話	－　　－
		FAX	－　　－
事業所の所在地		担当者氏名	
		担当者職名	
サービス種類			

発生時報告				
最初に患者が発生した日	年　　月　　日			
受診状況	受診人数	人	受診医療機関名	
	検査結果	□結核　□腸管出血性大腸菌感染症(O-157)　□レジオネラ症 □肺炎　□インフルエンザ　□感染性胃腸炎(ノロウイルス等) □MRSA　□緑膿菌感染症　□疥癬　□食中毒 □その他（　　）		
報告理由	□ア．１類から４類の感染症が発生した。 □イ．ア以外の感染症若しくは食中毒又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤な患者が１週間に２名以上発生した。 □ウ．ア以外の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が１０名以上又は全利用者の半数以上発生した。 □エ．イ及びウに掲げる場合のほか、特に管理者等が報告を必要と認めた場合（例：通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われるなど）			
発症者数等（報告時点）				

サービス種類	利用者数	利用者数のうち	発症者数のうち	
		発症者数	重篤者数	入院者数
合　計				

従業者	勤務者数	勤務者数のうち	発症者数のうち	
		発症者数	重篤者数	入院者数
職員				
調理従事者				
合　計				

主な症状	□嘔吐　□嘔気　□下痢　□腹痛　□発熱　□発疹・皮膚の異常 □咳・咽頭痛・鼻水　□その他（　　）
喫食状況	□給食あり　⇒□施設内調理　□施設外・関連施設
保健所への報告	□報告済　□未報告

感染症の発生と経過状況（報告時点まで）			
日付	発生時の状況・ その後の経過	対処の方法	
		対応者	どのように対処したか