**高齢者施設・**

**障害者施設用**

**※嘱託医（施設医師又は連携医等）へ報告の上、この様式を記入し保健所へ送付及び連絡してください。**

**様式１**

**感染症発生状況連絡票**

連絡日時　　　年　　　月　　　日　　　時

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名（代表者名） |  | 電話番号 |  |
| 住所 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| E-mail |  |
| 連絡者氏名 |  | 嘱託医（連絡先） | （　　　　－　　　　－　　　　） |
| 入所・利用者数 | 　　　　　名 | 職員数 | 　　　　　　　　　名 |

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡理由 | □同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑わる死亡者又は重篤患者が１週間内に２名以上発生した |
| （　　　月　　　日　から　　延有症状者　　　　　名） |
| □同一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 |
| （　　　月　　　日　から　　延有症状者　　　　　名） |
| □その他 |
| （　　　月　　　日　から　　延有症状者　　　　　名） |
| 主な病名 |  |
| 主な症状 | □発熱　□咳　□鼻水　□下痢　□嘔吐　□腹痛　□発疹　□皮膚の異常□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 給食等 | □有　　　　　　　　　　□施設内調理□施設外調理□無 | 行事等 | ※発生前（１週間以内）の集団活動等 |

○発生状況

|  |  |
| --- | --- |
| 初発年月日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日（最初の有症状者が発生した日） |
|  | **初発日以降、日ごとの新たな有症状者を記入して下さい** |
| 月日 | 　　月　　日 | 　　月　　日 | 　　月　　日 | 　　月　　日 | 　　月　　日 | 　　月　　日 |
| 入所・利用者 | 　　　　　人 | 　　　　　人 | 　　　　　人 | 　　　　　人 | 　　　　　人 | 　　　　　人 |
| 職員 | 　　　　　人 | 　　　　　人 | 　　　　　人 | 　　　　　人 | 　　　　　人 | 　　　　　人 |
| その他連絡事項※ワクチン接種状況等 |

**高齢者施設・**

**障害者施設用**

**※嘱託医（配置医師又は連携医等）へ報告の上、この様式を記入し保健所へ送付及び連絡してください。**

**様式１**

**感染症発生状況連絡票**

連携している医療機関等の医師を記入する。集団発生について報告し、対応について指示を仰ぐ。

連絡日時　元　年　10　月　18　日　15　時

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名（代表者名） | 尼崎保育所 | 電話番号 | 06-4869-3062 |
| 住所 | 尼崎市七松町１－３－１－５０２ | ＦＡＸ番号 | 06-4869-3049 |
| E-mail | Ama-kansensho@city.amagasaki.hyogo.jp |
| 連絡者氏名 | 尼崎　花子 | 嘱託医（連絡先） | 七松診療所　七松医師（　06　－　6489－　0001　） |
| 入所・利用者数 | 　　60　　名 | 職員数 | 　　　　20　　名 |

該当するものにチェックし、初発患者出現日及び延べ有症状者数を記入する。

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡理由 | □同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑わる死亡者又は重篤患者が１週間内に２名以上発生した |
| （　　　月　　　日　から　　延有症状者　　　　　名） |
| ■　同一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 |
| （　10　月　15　日　から　　延有症状者　10　　名） |
| □その他 |
| （　　　月　　　日　から　　延有症状者　　　　　名） |
| 主な病名 | インフルエンザＡ型 |
| 主な症状 | ■発熱　■咳　■鼻水　□下痢　□嘔吐　□腹痛　□発疹　□皮膚の異常□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 給食等 | ■有　　　　　　　　　　■施設内調理□施設外調理□無 | 行事等 | ※発生前（１週間以内）の集団活動等　運動会（１０月１２日） |

初発患者発生日以降、新たに同じ症状を呈した人の人数を日ごとに記載する。

○発生状況

|  |  |
| --- | --- |
| 初発年月日 | 　　　令和　　元　年　１０　月　１５　日（最初の有症状者が発生した日） |
|  | **初発日以降、日ごとの新たな有症状者を記入して下さい** |
| 月日 | １０月１５日 | １０月１６日 | １０月１７日 | １０月１８日 | 　　月　　日 | 　　月　　日 |
| 入所・利用者 | 　　1　人 | 　 1　人 | 　 3　　人 | 3　　人 | 　　　　　人 | 　　　　　人 |
| 職員 | 　　0　人 | 0　人 | 　 1 人 | 1 　人 | 　　　　　人 | 　　　　　人 |
| その他連絡事項※ワクチン接種状況等　　入所者全員に予防接種を行っている。 |