

社会福祉施設等感染症等発生報告書(第 報)

〇〇課

事業所・施設名			報告(作成)日	令和 年 月 日		
所在地			事業・施設の種類			
経営主体			利用者数			
施設長名			職員数			
担当者名			連絡先	TEL		
発 症 の 状 況	患者総数	人	利用者	人	(男 人・女 人)	
			職員	人	(男 人・女 人)	
	現在の患者数	人	利用者	人	(男 人・女 人)	
			職員	人	(男 人・女 人)	
	発症日	令和 年 月 日	年 齢	利用者 (歳～ 歳)		
	終息日	令和 年 月 日		職員 (歳～ 歳)		
	症状の程度					
	入院の有無	無・有(人)	利用者	人	(男 人・女 人)	
		職員	人	(男 人・女 人)		
死亡の有無	無・有(人)	利用者	人	(男 人・女 人)		
		職員	人	(男 人・女 人)		
	受診医療機関					
	その他参考となること					
施設 の 対 応 状 況	有症者への対応					
	衛生管理状況					
	その他					
担当課から施設への指導内容						
判 明 次 第	菌検査等の結果	(令和 年 月 日記載)				
	発生原因 感染経路等	(令和 年 月 日記載)				