

年 月 日

事業者名称及び代表者氏名
（氏名）

印

当事業所（施設）において、次のような事故が発生したので報告します。

事業所名 （法人名）		サービス種別						
事業所所在地		電 話		（		）		
		F A X		（		）		
管理者氏名								
報告者氏名								
感染症名	結核・食中毒・ノロウィルス・インフルエンザ・その他（							
	）							
発生状況及び経過	発生状況							
	発生経過							
	月日							
	発症利用者数（発症職員数）	（	）	（	）	（	）	（
症状等								
受診医療機関	電話							
連絡状況	家族連絡状況 居宅介護支援事業所（有・無） 市町村（保険者）（有・無） 地域包括支援センター（有・無） 〔第一報の有無〕市町村、地域県民局又は県本庁（所管機関）への第一報（有・無）							
保健所の対応								
損害賠償の状況	あり・なし・検討中・その他（							
	）							
再発防止に向けた今後の対応・取り決め								

必要に応じて、各項目や発生経過欄は適宜追加してください。なお、裏面にも記載してください。

発症者氏名

No.	氏名	性別	年齢	入院・通院の別、症状等について	備考（利用者・職員の別、等）
1		男・女	歳		
2		男・女	歳		
3		男・女	歳		
4		男・女	歳		
5		男・女	歳		
6		男・女	歳		
7		男・女	歳		
8		男・女	歳		
9		男・女	歳		
10		男・女	歳		
11		男・女	歳		
12		男・女	歳		
13		男・女	歳		
14		男・女	歳		
15		男・女	歳		
16		男・女	歳		
17		男・女	歳		
18		男・女	歳		
19		男・女	歳		
20		男・女	歳		
21		男・女	歳		
22		男・女	歳		
23		男・女	歳		
24		男・女	歳		
25		男・女	歳		

記入欄が不足する場合は、適宜項目を拡張するか、コピーしてください。