別紙５（５関係）※ 提出先：青森県中央福祉事務所監査指導課

　　　　　　　　　　　　　 管轄保健所

**社会福祉施設等感染症等発生報告書**

* 第一報　　　　年　　月　　日
* 対応報告　　　年　　月　　日

　　　　　　　法人名称及び代表者等氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（氏名）

当施設において、次のような感染症等が発生したので報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名　 　　　　　　　　　　　　　　　　　施設種別 | | | | | | | | | |
| 施設所在地 | | | | | | 電　話　　　（　　　　）  ＦＡＸ　　　（　　　　） | | | |
| 施設長氏名 | | | | | | | | | |
| 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  新型コロナウイルス感染症・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 | 家族への連絡（ 有 ・ 無 ）  利用決定機関への連絡（ 有 ・ 無 ） （機関名： 　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 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。