別紙３（５関係）※ 提出先：東青地域県民局地域健康福祉部福祉総室監査指導課

**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）

　　印

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・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。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。