

施設（高齢者施設等）からの胃腸炎症状発生 報告票

下記の報告基準ア・イ・ウのいずれかに該当する場合には市町村主管課及び保健所へ報告をする。

（「社会福祉施設等における感染症発生時に係る報告について」平成17年2月22日厚生労働省通知）

報告基準	
<input type="checkbox"/> ア	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れる死亡者又は重篤患者※が1週間以内に2名以上発生した場合 ※症状が非常に重い、危篤状態の患者
<input type="checkbox"/> イ	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場合
<input type="checkbox"/> ウ	ア及びイに該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合

報告日時	平成		年		月		日	()		時		分
報告受付	所属名							氏名				

○施設基本情報

施設名				施設区分									
住所				相談者(役職)									
電話		-		-	FAX		-		-				
利用者数	入所		人	(定員		人)	部屋数	個室(室)	夫婦部屋(室)
職員数				人	(うち、調理関係			人、看護師等			人)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
嘱託医	医療機関名				医師名								

○初発の概要 感染症の名称 ()

発生日時	平成		年		月		日	時頃	<input type="checkbox"/> 利用者から	<input type="checkbox"/> 職員から
発生の状況										
同時多発的発生	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()							

○現在の状況

	利用者	職員	
		調理関係外	調理関係
発症者した人全員の人数 (重複なし・実人数)		人	人
今日、症状がある人の人数 (重複なし・実人数)		人	人
下痢 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 水様便 <input type="checkbox"/> 粘液便 <input type="checkbox"/> 粘血便 <input type="checkbox"/> 血便		人	人
嘔吐		人	人
腹痛		人	人
食欲不振		人	人
発熱 <input type="checkbox"/> 高熱 <input type="checkbox"/> 微熱		人	人
その他の症状 ()		人	人
検査診断 ()		人	人
重症(当該疾患及び関連で入院した者)		人	人
入院医療機関名			
治癒済		人	人