介護保険事業所・老人福祉施設等における感染症等の発生概要・対応状況報告書

【様式１】

報告日：　　年　　月　　日（　）
担当者：役職・氏名
電　話：

１　事業所の概要

（１）事業所名：

（２）所 在 地：

（３）総 人 員：入所者　　名（　　年　月　日現在）
通所者　　名
職　員　　名

２　集団発生の報告の理由（該当するものに☑）

☐ 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

☐ 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

☐ 上記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

３　集団発生した感染症等の種別（該当するものに☑）

☐インフルエンザ　☐感染性胃腸炎　☐食中毒

☐ その他（具体名：　　）

４　主な症状

例）発熱、咳、嘔吐、下痢

５　感染の拡大防止等に向けた事業所における対応（具体的に記載）

６　保健所からの指示・指導内容（具体的に記載）

※集団発生の第一報の報告時点で保健所の指示・指導を受けていない場合は、指示・指導を受け次第、本欄に追記の上、再度提出すること。

７　初期対応の状況（対応済みのものに☑）

（１）入所者等への措置
- ☐ 有症状者の医療機関への受診
- ☐ 類似症状の入所者・利用者、職員がいないか安否の確認
- ☐ 職員や関係者への周知徹底

（２）当初報告
- ☐ 管轄保健所、事業所の所在市町村、県（長寿介護課）へ報告
- ☐ 管轄保健所に指示・指導を仰ぐ
- ☐ 管轄保健所の指示・指導によっては、検便、検食等の実施
- ☐ 貼り紙等による事業所内への周知及び体調確認
- ☐ 担当医師の指示を仰ぐ
- ☐ 家族等への報告