様式１

食中毒、感染症患者（疑いを含む）発生報告書

年　　月　　日

 　　　　保健所長 宛

|  |  |
| --- | --- |
| 施設種別 |  |
| 施設名 |  |
| 所在地 |  |
| 施設長（代表者名） |  |
| 報告者 |  |
| TEL / FAX |  |
| メールアドレス |  |

　発生内容

|  |
| --- |
|  |

　施設利用人数：　　　　名 （再掲：入所者 　　 　名 　職員　　　　名）

＜発生の状況＞　　　　　　　　　　※報告基準　１・２・３　該当（いずれか○を付ける）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | 利用者 | 職　員 | 計 |
| １ | 施設利用者及び職員のうち患者(症状のある者)（　　年　　月　　日時点での人数） |  |  |  |
| ２ | １のうち治療中の者 |  |  |  |
| ３ | ２のうち現在、同症状で医療機関に入院している者 |  |  |  |
| ４ | ３のうち重篤患者数 |  |  |  |
| 初発患者からの有症者数累計 |  |  |  |

　　・経過記録表（様式３）を添付してください。

　　・「重篤患者」とは、医療機関に入院し、治療のためＩＣＵに入っているか人工呼吸器を装着する等の治療が必要な患者を指します。

様式２

食中毒、感染症患者（疑いを含む）死亡報告書

年　　月　　日

 　　　　保健所長 宛

|  |  |
| --- | --- |
| 施設種別 |  |
| 施設名 |  |
| 所在地 |  |
| 施設長（代表者名） |  |
| 報告者 |  |
| TEL / FAX |  |
| メールアドレス |  |

 １　年齢等　　　年齢　　　　　　歳代　　 　 　性別　　男　・　女

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 ２　死亡年月日 　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
|  |

　３　死 亡 場 所

 該当するものに○を付してください。

 １）施設内

 ２）入院先の医療機関

 ３）その他（　　　　　　　　　　　　　　）

　※経過記録表（様式３）を添付してください。