

感染症に係る集団発生報告書（第 報）

報告年月日： 年 月 日

報告先：岐阜市保健所 感染症・医務薬務課
電話番号 058-252-7187
FAX番号 058-252-1280
E-mail kansen@city.gifu.gifu.jp

施設種別 _____

病院・施設名 _____

管理者・施設長名 _____

所在地 _____

電話 _____ FAX _____

報告者（担当者） _____

1 発生内容（感染症名）： _____

2 初発年月日： _____ 年 月 日

3 施設利用者数： _____ 人

4 新規患者発生状況：（感染が疑われる者を含む）

月/日	/	/	/	/	/	/	/
発症者数（職員）							
発症者数（職員以外）							
うち重症者数(再掲)							
うち入院者数(再掲)							

*初発日からの1日ごとの新規患者発生数（疑いを含む。症状が継続している患者は含まない。）を記入してください。

*個別の経過記録は、次ページの様式を参考にするなど、必要に応じて添付してください。

5 対応マニュアルの有無： _____ 有 _____ 無 _____

6 喫食状況 給食 ⇒施設内調理 施設外・関連施設

7 施設における対応等

（院内感染対策委員会の開催状況、感染拡大防止策、治療・予防投薬、処置・環境消毒、職員の就業制限等。紙面が足りない場合は、別紙に記入してください。）

