江戸川保健所 保健予防課感染症対策係 宛て　ＦＡＸ：０３－３６５４－２４０１

社会福祉施設等における感染症等発生報告（初回報告用）

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		
□	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
□	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
□	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

施設名称		通報日時	年　月　日
報告者		ＴＥＬ	
住　所		ＦＡＸ	
嘱託医療機関	□報告済 □未報告	区主管課	□報告済 □未報告
発生日時	年　月　日　時頃（※流行が開始されたと思われる時）		
主な症状（複数可）	□ 嘔吐 □ 吐き気 □ 下痢 □ 腹痛 □ 発熱 □ その他（　）		
	□ インフルエンザ（**インフルエンザは単独でご報告お願いします**）		

発症状況（施設の全在籍数と全職員数を記載してください）

クラス・フロアー等	（年齢）	在籍者数	発症者数	欠席者数	（うち入院・重症者）
利用者計					
（職員）					
（調理従事者）					
利用者・職員等合計					

日別新規発症者発生状況最近1週間

	／	／	／	／	／	／	／	合計
利用者								
職員								
合計								

診察状況	受診人数	人
	診断結果	
最近実施した集団行事等	（いつ）　（内容） （いつ）　（内容）	
喫食状況	□　施設内調理　委託先（　）　□ 施設外（　）	
現時点で実施している対策等	（例）手洗いの励行、消毒の徹底、健康状況把握　等	

【お問い合わせ】江戸川保健所保健予防課感染症対策係TEL：０３-５６６１-２４７６