様式 105

**社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について**

**保健所**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 探 知 | 年　　月　　日  　　時　　分 | | 対応保健所：　　保健所 |
| 調査開始：　　月　　日　　時 |
| 施　設 | 分類（※１） | 介護・老人福祉関係施設・保育所・幼稚園等・認定こども園・学校・障害者関係施設、その他（　　　　　　　　　　　　） | |
| 名 称 |  | |
| 代表者 |  | |
| 所在地 |  | |
| 電話／FAX | ／ | |
| 利用者数 | 入所者：　　名、入所者以外の利用者：　　名、職員：　　名  その他：（　　　　　　　　　　　　　　　）　合計：　　名 | |
| 給食施設 | 有（　　　　回／日、概ね　　　　食／回）　・　　　無 | |
| →業者（※２） | 名　称：  所在地：　　　　　　　　　　　　電話： | |
| （疑）  感染症 | （疑われる）  感染症の名称（※３） | | （現在までの発症者数：　 　　　　名） |
| 医療機関受診状況 | | 有　・　無 | |
| （有　の場合→医療機関名：　　　　　　　　　　　　　） | |
| 主症状 | 発　熱（　　　　　℃程度）〔　　　　　人〕、腹　痛〔　　　　　人〕  おう吐（　　　　　回程度）〔　　　　　人〕  下痢（水様便：　　人《　　回～ 　回》）、（粘血便：　　人《　　回～　 回》）、（血 便： 　人《　　回～ 　回》）  その他（ 　　　 ） | | |
| ●重篤患者（　　　名：年齢及び状況等：　　　　　　　　　　　　　　　）  ○入院患者（　　　名：年齢及び状況等：　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 初　発 | 月　　　日〔　　　時〕　（　　　　才） | | |
| 経　過 | 月　　　日（　　　人）〔　　　　才～　　　　才〕  　　月　　　日（　　　人）〔　　　　才～　　　　才〕  　　 月　　　日（　　　人）〔　　　　才～　　　　才〕  　 月　　　日（　　　人）〔　　　　才～　　　　才〕  　 月　　　日（　　　人）〔　　　　才～　　　　才〕 | | |

※１　施設の分類：社会福祉施設等、幼稚園、学校、飲食店等の詳細を記載すること。

※２　業者：施設独自の場合は「同施設」と、委託の場合は業者名等を記載すること。

※３　感染症の名称：確定前は「・・・の疑い」と記載すること。