盛岡市保健所　指導予防課あて　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式1

FAX：019－654－5665　TEL：019－603－8244

# 感染性胃腸炎集団発生報告書（高齢者施設等）

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 報告日 | 令和　年　月　日 | | | |
| 施設名 | | | 施設住所 | 盛岡市 | | | |
| | | | 電話番号 | －　－ | | | |
| | | | FAX | －　－ | | | |
| 代表者名 | | | 担当者名 | 職種（　） | | | |
| 施設種別 | あてはまるものに☑してください<br>☐ 特別養護老人ホーム　☐ 介護老人保健施設　☐ 介護医療院　☐ 有料老人ホーム<br>☐ サービス付き高齢者向け住宅　☐ グループ　☐ ケアハウス　☐ その他（　） | | | | | | |
| 発生日時 | 令和　年　月　日　時 | | | | | | |
| 主な症状 | ☐下痢　☐嘔吐　☐嘔気　☐腹痛　☐発熱　☐その他（ | | | | | | |
| 施設の概要及び発生状況 | | | 在籍者数 | 有症状者数 | 重症者数（再掲） | 入院者数（再掲） | 備　考 |
| | 利用者 | （　）階 | | | | | |
| | | （　）階 | | | | | |
| | | （　）階 | | | | | |
| | | （　）階 | | | | | |
| | | 通所者 | | | | | |
| | | 計 | | | | | |
| | 職員 | 看護師 | | | | | |
| | | 介護士 | | | | | |
| | | 調理・厨房 | | | | | |
| | | その他（　） | | | | | |
| | | 計 | | | | | |
| 受診状況 | 受診者数　人　※受診先の医療機関は、健康調査票へ記入してください。 | | | | | | |
| 死亡者の有無 | 無　・　有（　人） | | | | | | |
| 感染源情報 | 喫食 | ☐給食 → ☐施設内調理　☐施設外・関連施設 | | | | | |
| | 最近実施した集団行事等 | 月　日　（内容：　） | | | | | |
| | | 月　日　（内容：　） | | | | | |

＜提出書類の確認＞

①感染性胃腸炎集団発生報告書
②健康調査票
③チェックリスト
④施設内見取り図