（盛岡市）様式３　（令和５年度～　高齢者入所・通所施設等）

　　年　　月　　日

インフルエンザ　・　新型コロナウイルス感染症※　患者発生報告書(新規・継続)

※上記について、当てはまる病原体いずれかに○をつけて報告してください。

　　盛岡市保健所　行　（FAX:019-654-5665）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (ふりがな)  施　設　名 |  | | | | | （ふりがな）  施設長氏名 | | | | | |  | |
|  | | | | |  | |
| 所　在　地 |  | | | | | | | | ℡： | | | | |
| 担当者名・職名： | | | | |
| 罹患者発生状況 | 入所者 | | | 通所者 | | | | | | | 職員 | | |
| 在　籍　者　数 | 人 | | | 人 | | | | | | | 人 | | |
| 罹患者数  ( 月　 日現在) | 人 | | | 人 | | | | | | | 人 | | |
| 予防接種実施者数  (R4.9月以降) | 人 | | | 人 | | | | | | | 人 | | |
| 主な症状  (該当部分に○印) | 熱（　℃）、頭痛、腹痛、下痢、咽頭痛、鼻水、咳  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 罹患者が顕著  になった時期 | 月　　　日から　　　罹患者　　　人 | | | | | | | | | | | | |
| 重　　症　　者  （入院・死亡）者 | 死　亡 | 男・女 | 年齢 | | 歳 | | 死亡時の状況 | | | | | | 入院中・入所中・その他 |
| 入　院 | 男・女 | 年齢 | | 歳 | | 入院時期 | | | 月 日～ 月 日(予定) | | | |
| 男・女 | 年齢 | | 歳 | | 入院時期 | | | 月 日～ 月 日(予定) | | | |
| 重症者の状況  (該当部分に○印) | 熱（ ℃）、腹痛、下痢、肺炎併発、その他（　　　　　　　　　）    □重症化　　　□快方に向かう | | | | | | | | | | | | |
| 直近の  予防接種実施状況 | 回目　　　年　　月　　日実施 | | | | | | | 費用状況 | | | | | ・個人負担  ・措置費(運営費)等 |
| 回目　　　年　　月　　日実施 | | | | | | | 費用状況 | | | | | ・個人負担  ・措置費(運営費)等 |
| その他  特記事項 | ○罹患者数は、増加・減少 傾向　　　（該当部分に○印）  ○インフルエンザウイルスの型　　Ａ型　　　Ｂ型　　　不明  〇新型コロナウイルス感染症陽性者　　　　　人  ○発症10日以内の海外渡航者　　本人(　　　)人　　家族(　　　)人 | | | | | | | | | | | | |
| 嘱 託 医 名 |  | | | | | | | | | | | | |

注１　罹患者数が施設利用者数の10名以上または全利用者の半数以上を超えた場合に、報告すること。

　２　死亡者については、施設から医療機関へ入院した後に死亡した者も含めること。

　３　罹患者数については、医療機関への入院のため施設を退所した者も含めること。

　４　ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞｳｲﾙｽの型(A型、B型)及び新型ｺﾛﾅｳｲﾙｽ感染症陽性の情報が得られたときは、「その他」の欄にその旨記載すること。

５ 「発症10日以内の海外渡航者」については、確認できる範囲で記入すること。