（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。