

【 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 ☐ 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 ☐ 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		☐ 発熱 ☐ 咳 ☐ 咽頭痛 ☐ 嘔吐 ☐ 腹痛 ☐ 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