

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 ☐ 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	☐ 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