社会福祉施設等における感染症又は食中毒が疑われる者等の発生報告書

報告年月日　令和　　年　　月　　日

施設の名称・施設種別	
施設住所・電話番号	TEL　　FAX
施設担当者	職　　氏名
発生年月日	令和　　年　　月　　日　　時　　分頃
有症者数 月　　日　　時現在	有症者　　名、その内 死亡:　　人、重症:　　人、入院:　　人、通院: 人
病名、症状等	
発生原因	
感染経路	
医療機関への 受診状況	
関係機関への 連絡状況	
家族等への 説明状況	
保健所からの指導内容	
今後の対応	

患者発生状況		全利用者数又は1ヶ月の平均利用者数	初発患者発生日から報告日までの患者数 **（患者数の記載は、「その日現在の患者数」とします。患者数には、感染症などが疑われる人を含めてください。）**										
			／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
利用者													
男	65歳未満												
	65歳～69歳												
	70歳～74歳												
	75歳～79歳												
	80歳～84歳												
	85歳～89歳												
	90歳以上												
	合計												
女	65歳未満												
	65歳～69歳												
	70歳～74歳												
	75歳～79歳												
	80歳～84歳												
	85歳～89歳												
	90歳以上												
	合計												
職員													
総合計													