

保育所等における患者発生状況報告票

施設から保福への報告日時		年	月	日	午前・午後	時	分	頃
施設名				施設長名				
所在地								
TEL				FAX			発信者	
定員	名(実利用人員名)			職員	名(うち調理従事者数名)			
施設の種類	□保育所名			□認可外保育施設名				
施設の対応状況 報告基準 【○で囲む】	1 同一感染症によると疑われる死亡者又は重篤者が1週間以内に2名以上発生した場合。 2 同一の感染症の患者又はそれが疑われる者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合。 3 1. 2に該当しないが、通常の発生動向を上回る感染症の発生が疑われ、施設長が必要と認めた場合。(注※)							
年 月 日現在の発症者数								
年齢区分等	0歳児	1歳児	2歳児	3歳児	4歳児	5歳児	職員	合計
利用者数								
患者	利用者							
	職員							
入院 (再掲)	利用者							
	職員							
主な症状	□発熱(°C) □嘔吐 □下痢 □発疹 □その他()							
	□インフルエンザ様 □ノロ様 □不明 □その他()							
患者発生	初発患者	年	月	日	午前・午後	時	分	頃
状況経過等その他	思い当たる飲食物 : □ 給食 □ 弁当 □ 水 □ その他()							
	思い当たる行動等 : □ 行動 □ 入浴 □ 外泊 □ 面会 □ その他()							
診断名					担当医師名			
受診者								
受診日時								
保健所確認指導	□消毒 □手洗い □入浴 □行動 □終息確認 □その他							
その他参考となる事項								

(注※)新型インフルエンザにより、入院措置となつた場合等