

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	<input type="checkbox"/> 保育所 名				<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他()								
	<input type="checkbox"/> インフルエンザ様 <input type="checkbox"/> ノロ様 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> 給食 <input type="checkbox"/> 弁当 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> その他()								
	思い当たる行動等 : <input type="checkbox"/> 行動 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 外泊 <input type="checkbox"/> 面会 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 消毒 <input type="checkbox"/> 手洗い <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 行動 <input type="checkbox"/> 終息確認 <input type="checkbox"/> 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、入院措置となった場合等