

児童福祉施設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)		
施設の 種類	<input type="checkbox"/> 乳児院			名	<input type="checkbox"/> 情緒障害児短期治療施設	名	
	<input type="checkbox"/> 母子生活支援施設			名	<input type="checkbox"/> 児童家庭支援センター	名	
	<input type="checkbox"/> 児童厚生施設			名	<input type="checkbox"/> 婦人保護施設	名	
	<input type="checkbox"/> 児童養護施設			名	<input type="checkbox"/> 婦人相談所一時保護所	名	
	<input type="checkbox"/> 児童自立支援施設			名	<input type="checkbox"/> その他()	名	
	<input type="checkbox"/> 児童相談所一時保護所			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	0~2 (就学前児童)	3~6	6~12 (小学生)	13~15 (中学生)	15~18	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